Rok XLVIII. Kraków, dnia 13. listopada 1909. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

Punkt wyjścia naszych badań jest czysto kliniczny. Pomijając już tę okoliczność, iż rozpoznanie gruźlicy płuc w początkowym okresie, pomimo udoskonalonych metod badania fizycznego i stosowania próby tuberkulinowej w jej rozmaitych postaciach, przedstawia często ogromne trudności, sam przebieg gruźlicy jest skądinąd tak nieprawidłowy, tak pełny niespodzianek, że należyte zoryentowanie się w danym stanie chorego również jest połączone z wielkiemi trudnościami. Stąd też i rokowanie bywa niepewne, a nawet niemożliwe. Już przeszło przed 50 laty zwrócił na ten charakterystyczny rys gruźlicy płuc uwagę taki genialny badacz, jak Brehmer, i niejednokrotnie podkreśla to w swych pracach. My także moglibyśmy przytoczyć sporo przykładów z naszych spostrzeżeń w Sanatoryum, gdzie najpomyślniejszy w ciągu kilku miesięcy przebieg sprawy płucnej, przy znakomitej poprawie stanu ogólnego, robi raptem, bez żadnych widocznych przyczyn, zwrot ku gorszemu, objawiający się gorączką, podupadnięciem stanu ogólnego i t. d. I w takich razach, dopiero po dłuższym przeciągu czasu dają się wykryć nowe ogniska w innych narządach lub pogorszenie w dawnych ogniskach płucnych. Ale nim sprawa się wyjaśni, lekarz pozostaje w niepewności przy łóżku chorego, nieświadom przyczyny, pogorszenie sprowadzającej. Bywa też i naodwrót. Zdarzają się również przypadki, gdzie płuca i stan ogólny poprawiają się wyraźnie, waga wzrasta, poprawiają się jednocześnie takie ciężkie powikłania, jak n. p. gruźlica krtani, a tymczasem gorączka z większemi lub mniejszemi wahaniami trwa uporczywie, świadcząc o zakażeniu lub intoksykacyi ustroju z dawnych ognisk, lub o powstaniu nowych, — których określenia, przy stosowaniu obecnych metod badania, podać niepodobna — lub wreszcie, — co możliwe, — z przekształcenia się ognisk nieczynnych w czynne. Przeprowadzenie zaś granicy między niemi należy, jak wiadomo, do najtrudniejszych zagadnień klinicznych z dziedziny gruźlicy. W tych wszystkich, wcale nierzadkich przypadkach należyta ocena niejasnej sytuacyi i wysnucie z niej wniosków na przyszłość stają się nieraz niemożliwe. Zwróciliśmy się więc do metody badania krwi Arnetha z myślą, czy nie znajdziemy w niej klucza do wyjaśnienia tych powikłanych zagadnień.

Metoda Arnetha znana jest w naszem piśmiennictwie z dwu bardzo cennych i wyczerpujących prac: Żeleńskiego, który przeprowadził wielce ciekawe badania wedle tej metody u dzieci, i Bocheńskiego, którego badania dotyczą przypadków zakażenia gnilnego u kobiet. Pozwolimy sobie jednak przedstawić w ogólnych zarysach teoryę Arnetha, gdyż z nią związane są zasadnicze, wielkiej wagi zagadnienia, które stanowią przedmiot sporu zarówno z teoretycznego stanowiska, jak i z punktu widzenia praktycznych, właściwie klinicznych wyników.

Jak wiadomo, badania Arnetha dotyczą tylko jednego gatunku krwinek białych, a mianowicie »neutrofilnych«. Punktem wyjścia jego badań była ta okoliczność (na którą kładzie on silny nacisk), że wyłącznie ilościowe badania krwinek białych w poszczególnych chorobach zakaźnych, — zamknięte w formule »hyperleukocytoza« lub »hypoleukocytoza« — nie mówią nam nic bliżej o nasileniu zakażenia lub intoksykacyi, choćby ze względu na to, że stosunki ilościowe w jednych i tych samych chorobach podlegają ogromnym wahaniom. Nie mogą więc one służyć za dostateczny wskaźnik dla danego stanu chorobowego i dlatego wielkiej wartości klinicznej nie posiadają. Arneth zaś, uwzględniając stosunki ilościowe, zwrócił się do badań stosunków jakościowych w układzie neutrofilnym, opierając je na 2 zasadniczych podstawach: 1) na teoryi Miecznikowa, która, jak wiadomo, głosi, że pojawienie się »substancyi ochronnych« w surowicy krwi następuje przez rozpad krwinek białych, a nie przez wydzielanie; 2) na teoryi hematologicznej — dziś z różnych stron podawanej w wątpliwość — a mianowicie: że szpik kostny w warunkach prawidłowych jest jedynem siedliskiem wytwarzania się całego gatunku neutrofilów.

Pierwotną formą całego gatunku jest »myelocyt«, t. j. białe ciałko o dużem, okrągłem ze słabemi konturami jądrze, słabo barwiącem się, wypełniającem niemal całą treść ciałka, oraz o skąpej ziarninie. W miarę rozwoju tej pierwotnej formy, stosunki się zmieniają: ziarnina staje się obfitsza, jądro przybiera kształty bardziej zróżniczkowane, staje się wklęsłem, przyjmując postać nerki lub podkowy. Przy dalszym rozwoju następuje podział jądra (w którego

szczegóły wchodzić tu nie będziemy) i tym sposobem powstają ciałka o 2, 3 i 5 jądrach, w rzadkich tylko przypadkach ilość jąder bywa większa. — Ciałka o wielu jądrach stanowią najbardziej dojrzałą postać leukocyta »neutrofilnego«. Zgodnie z takiemi założeniami wypada, że im ciałko starsze, tem więcej zawiera »substancyi ochronnych«, tem samem rola jego w walce ustroju z zakażeniem lub intoksykacyą jest ważniejsza. Wedle obrazowego porównania przez Żeleńskiego układu »neutrofilowego« do armii, rzecz się tak przedstawia: »im więcej ginie regularnych żołnierzy, tem więcej musi państwo powoływać młodzieży na plac boju, aby nią wypełnić zdziesiątkowane kadry«. Ustrój więc broni się, wysyłając w pierwszej linii na pole bitwy najlepsze swe siły, a gdy te giną, posługuje się podrzędniejszemi. Stąd też stają się jasne: wprowadzona przez Arnetha klasyfikacya ciałek »neutrofilnych« na 5 klas stosownie do ilości jąder, czyli tak zwany »obraz neutrofilowy« Arnetha, i. zmienność jego, czyli przesuwanie się obrazu na lewo lub na prawo stosownie do nasilenia zakażenia i przebiegu choroby [1]).

Ale sama podstawa teoryi Arnetha, przedstawiająca taką odrębność systemu »neutrofilowego«, została zaatakowana przez różnych autorów, w pierwszym rzędzie przez Grawitza, który dowodzi, że, obok szpiku kostnego, są inne narządy (np. śledziona), występujące jako siedlisko wytwarzania się »neutrofilów«, zwłaszcza w stanach chorobowych (Dominici). Grawitz przyjmuje możność przekształcania się limfocytów w ciałka »neutrofilne«; w szczegóły wchodzić nie będziemy. Z tych sprzecznych jednak poglądów wyłaniają się na podstawie badań Weidenreicha i Pappenheima takie wnioski, że układ »neutrofilowy« przedstawia jednak pewną morfologiczną całość, w której odbywa się stały rozwój od postaci pierwotnych, jednojądrzastych, do coraz więcej zróżniczkowanych.

Ale oprócz powyższej krytyki, Grawitz i Hiller na podstawie swych badań odrzucają zupełnie stopniowy rozwój postaci jednojądrzastych, dowodząc, że wielojądrzastość wcale nie jest objawem rozwoju, lecz tylko zjawiskiem ruchu lub sztucznym wytworem przy utrwalaniu preparatu. Hiller powiada, że we wszystkich badanych przez siebie przypadkach znajdował 80—86% »neutrofilów« o jednem jądrze, a reszta z dwoma jądrami, przyczem tylko drobna cząstka, a mianowicie 0·5—0·8% neutrofilów, posiadała trzy jądra. Inny znów przeciwnik Arnetha, Pollitzer, twierdząc również, że obraz »neutrofilowy« Arnetha jest sztucznym wytworem, nieodpowiadającym rzeczywistości, dowodzi, że we wszystkich preparatach znajdował najmniejszą ilość jąder 5 i że ilość ta dochodzi do 15.

Mówiąc o tych wszystkich sprzecznościach, zaznaczyć winniśmy, że nasze własne badania, przy uwzględnieniu wskazówek Arnetha, doprowadzają nas do wniosku, że obraz Arnetha nie jest tworem sztucznym, lecz odpowiada istotnym stosunkom w układzie »neutrofilowym«. Poświęcimy kilka słów stronie technicznej badań.

Wszystkie badania nasze, z wyjątkiem kilku, dokonywane były zgodnie z wymaganiami Arnetha u chorych, będących naczczo. Tym sposobem unikamy, zwłaszcza przy obliczaniu ogólnej ilości leukocytów, pomyłek, wypływających z tak zwanej leukocytozy trawiennej. Do określania ogólnej ilości ciałek białych obliczaliśmy z reguły sześć razy całkowitą siatkę szkiełka Thoma-Zeissa i z tych sześciu preparatów obliczaliśmy dopiero liczbę średnią.

Co się tyczy preparatów do klasyfikowania neutrofilów, to utrwalanie ich w pierwszej seryi naszych badań odbywało się suchym sposobem Ehrlicha w termostacie, przez ogrzewanie do 120° przez przeciąg jednej godziny. Później jednakże zmieniliśmy ten sposób na szybszy i prostszy — utrwalanie ich w mieszaninie alkoholu absolutnego i eteru. Co do barwienia, to początkowo trzymaliśmy się ściśle przepisów Arnetha i stosowaliśmy do wszystkich preparatów pierwszej seryi chorych (55 przypadków) trójbarwik kwaśny Ehrlicha. Widzieliśmy w nim wiele zalet, podnoszonych przez samego Arnetha, a o których wspomnieliśmy poprzednio przy ogłaszaniu pierwszej seryi naszych badań [2]). Następnie jednakże przekonaliśmy się, zwłaszcza przez porównanie z innemi metodami, że barwik Ehrlicha obok wspomnianych zalet posiada główną wadę, mia-

---

[1]) Oryginalność pomysłu Arnetha polega na klasyfikacyi ciałek neutrofilnych, stosownie do liczby jąder i ich większego lub mniejszego zróżniczkowania. Prawidłowy obraz ciałek tych przedstawia się w liczbach zaokrąglonych, bez ułamków, według następującego wzoru:

I.			II.			III.			
M.	W.	T.	2 K	2 S	1 K 1 S	3 K	3 S	2 K 1 S	2 S 1 K
—	—	5	—	23	12	2	6	17	16
5%			35%			41%			

IV.					V.
4 K	4 S	3 K 1 S	3 S 1 K	2 K 2 S	i t. d. 5 K 5 S 4 K 1 S
4	—	6	2	5	
17%					2%

Litera *M.* w klasie I. oznacza myelocyty. Litera *W.* ciałka o jednem nieznacznie zazębionem jądrze (wenig eingebuchtet). Litera *T* ciałka o głęboko zazębionem jądrze (tief eingebuchtet). Rubryki następnych klas przedstawiają wszystkie możliwe kombinacye z jąder o kształcie zupełnie okrągłym *K* (Kern): jąder, których kształt jest wydłużony, przedstawiający mniejsze lub większe pętle *S* (Schlingen). Tak więc w klasie III. *2 K 1 S* oznacza leukocyt o dwu okrągłych jądrach i jednej pętli.

Przesunięcie się obrazu na lewo podczas choroby będzie świadczyć o niknięciu starszych, wielojądrzastych ciałek i zastąpieniu ich dla wyrównania tej straty — dzięki wzmożonej czynności szpiku kostnego — przez młodsze pokolenia. Przesunięcie to dochodzi czasem od 90—100° w pierwszych 2 klasach, a nawet i do 100° w jednej tylko I. klasie, jak wykazuje Funck w swym przypadku białaczki. Przy pomyślnym przebiegu choroby, obraz, dzięki polepszeniu całego stanu ustroju, a tem samem i uzdrowieniu stosunków hematologicznych, będzie się przesuwał na prawo, zbliżając się ku prawidłowemu.

[2]) Patrz nasz artykuł w »Gaz. lek.« Nr 1—9, 1908. »Badania krwi według metody Arnetha i t. d.« i referat nasz na Zjeździe w Washingtonie (1908 r.).

nowicie, że nie oddaje dokładnie konturów jąder, daje pole do domysłów i wpływów osobistego punktu widzenia danego badacza i szybko nuży wzrok, co tembardziej ujemnie może wpływać na wyniki obliczeń. Z tego powodu uważaliśmy zmianę sposobu barwienia za wskazaną i zwróciliśmy się do hematoksyliny z eozyną. Barwik ten, jak wiadomo, wykazuje nitki chromatynowe nawet w ich najbardziej subtelnej postaci. Wobec tego jądra leukocytów wydają się stale zapomocą nitek tych między sobą połączone. Nitki te, niewidoczne przy stosowaniu barwika Ehrlicha i wskutek tego przy tem barwieniu pomijane, musieliśmy, jak to robi Arneth, jak to zresztą czynili i inni autorowie, również przy barwieniu hematoksyliną pomijać i nie brać zupełnie w rachubę przy obliczaniu i klasyfikowaniu neutrofilów.

Wychodząc z tego punktu, uważaliśmy za jednojądrzaste formy tylko te z neutrofilów, które przedstawiały wyraźną jednolitość (»kompaktkernige« według Weidenreicha). Inne zaś formy, widocznie złożone z kilku segmentów jądrowych, połączonych pomiędzy sobą niemal pajęczemi, cienkiemi nitkami, uważaliśmy zależnie od ilości tych segmentów za należące do II, III, IV lub wreszcie V klasy.

Nie znaleźliśmy bowiem nigdzie u Arnetha zaprzeczenia, by przy pewnych sposobach barwienia nie można było wykazać, że ściśle rzecz biorąc, jądra leukocytów tworzą przez owe nitki chromatynowe całość narządu jądrowego. Chodzi o co innego. Przyjąwszy za podstawę w danej sprawie, że większe zróżniczkowanie jądra, czy to nazwiemy »wielokształtnością« czy »wielojądrzastością«, dowodzi większej dojrzałości danego leukocyta, staramy się wielokształtność ową ująć w pewne ramy i poddać analizie. Analizę tę należałoby w ten sposób rozumieć, że nie chodzi tu właściwie o stwierdzenie, że leukocyt *A* ma dwa razy większą ilość jąder od leukocyta *B*, lecz że ten pierwszy jest dojrzalszy, bardziej zróżniczkowany od drugiego i że wskutek tego, zgodnie z podstawową hypotezą Arnetha, wytwarza większą ilość ciał ochronnych. — Ujmowanie wszystkich leukocytów w klasy nie oddaje i nie potrzebuje, zdaniem naszem, oddawać istotnego stanu wielojądrzastości danego leukocyta, a jest tylko formą spostrzegania, ułatwiającą oryentowanie się w stosunkach, panujących wśród leukocytów. Jeżeli więc można stawiać zarzuty teoryi Arnetha, to zdaniem naszem, można je formułować tylko w ten sposób: czy istotnie wielokształtność jest dowodem dojrzałości danego leukocyta i zdolności do walki, czy też objawem jego starzenia się i zaniku owych zdolności i czy rzeczywiście w walce ustroju z zakażeniem lub intoksykacyą przedewszystkiem giną właśnie te leukocyty, najbardziej zróżniczkowane. To zaś może być rozstrzygnięte jedynie na drodze badania, jak zachowują się te formy w stanach chorobowych ustroju. I tylko w tym celu, by na pytania powyższe odpowiedzieć, przedsięwzięliśmy nasze badania. Skoro bowiem klinika orzeknie, że istotnie danym stanom chorobowym towarzyszy pewne i stałe znikanie z obiegu krwi tych wielokształtnych form, to cel, w jakim podana została metoda Arnetha, zostanie zupełnie osiągnięty, a znaczenie jej utrzymane.

Ponieważ przy stosowaniu najlepiej nawet barwiących jądra barwików może niekiedy zachodzić wątpliwość, do której klasy zaliczyć daną postać, postanowiliśmy pomijać takie wątpliwe formy i nie liczyć ich wcale. Dla wyrobienia sobie zdania, do jakiego stopnia badanie metodą Arnetha może być zależne od osobistego widzenia i ponieważ wszystkie preparaty obliczał Rozpędzihowski, niezależnie od tamtych przeprowadził badania kontrolujące na 10 preparatach Dłuski. Okazało się przytem, że chociaż pierwiastek podmiotowości nie jest obcy metodzie Arnetha, to jednak nie odgrywa on zbyt wielkiej roli, ponieważ różnica, jaka zachodziła między nami, wynosiła średnio w 10 badaniach zaledwie 4%.

Wreszcie zauważyć należy, że z reguły obliczaliśmy 100 leukocytów neutrofilnych, przyczem obliczanie odbywało się na dwóch najbardziej udatnych preparatach.

(C. d. n.).

W sprawie zwalczania szerzenia się twardzieli.

(Według referatu przesłanego na XVI międzynarodowy Zjazd lekarski).

Napisal

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Zapytany przez komitet sekcyi dla chorób górnych dróg oddechowych XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, jaki temat uznałbym za stosowny do referatu, oświadczyłem się za tematem w sprawie zwalczania twardzieli. Wskutek tego oddano mi sprawę tę do referatu, który w skróceniu przesłałem do komitetu. Nie mogąc osobiście sprawy tej przedłożyć, odniosłem się do komitetu, by wniosek mój — zaliczenia twardzieli do chorób zakaźnych, co do których obowiązuje doniesienie do urzędu zdrowia, oddano pod uchwałę Zjazdu międzynarodowego, z uznaniem konieczności tej uchwały we wszystkich państwach.

Nie bez przesady nazwałem, w jednej z mych prac, twardziel trądem galicyjskim, która, choć nie tak zakaźna, przecież szerzy się coraz bardziej w Galicyi; zajmując drogi oddechowe, ciężkie za sobą pociąga następstwa. Dotknięci tą chorobą, zarażają nią innych i przenoszą ją do różnych miejscowości tak w kraju, jak i zagranicą.

Jeszcze dziś rozpoznanie tej choroby — choć przypadki jej w Galicyi, zwłaszcza w jej wschodniej połowie, są bardzo liczne — w wielu razach jest błędne i bardzo często zmiany, wywołane przez twardziel, odnosi się do przewlekłego nieżytu górnych dróg oddechowych, mianowicie do jego postaci suchej, lub uważa się je za następstwa zakażenia kiłowego późnego okresu. O tej postaci twardzieli, gdzie nos zewnętrzny, względnie otwory nozdrzy ulegają zmianom kształtu, nie wspominam tutaj, gdyż te przypadki wyjątkowo z podobnemi zmianami, powstałemi z innych przyczyn, bywają mieszane. Mylne rozpoznawanie twardzieli ma przyczynę w braku dostatecznej wprawy w badaniu górnych dróg oddechowych, względnie w tem, że badanie tych dróg sposobem właściwym przy użyciu reflektora wyjątkowo bywa stosowane. Przecież dzisiejsza generacya lekarzy przez obowiązkowe studyum chorób górnych dróg oddechowych ma sposobność zapoznawania się z tem badaniem, potrzebaby tylko było, by badaniem tem posługiwała się także w praktyce lekarskiej. By jakataka wprawa w badaniu oddała badającemu rzeczywiste usługi, należałoby i po uzyskaniu dyplomu, przy uzupełnianiu w kierunku praktycznym swej wiedzy lekarskiej, nie zapominać i o chorobach górnych dróg oddechowych, a wtedy błędy w rozpoznawaniu twardzieli będą się zdarzały wyjątkowo. Chcąc skutecznie zwalczać szerzenie się twardzieli, musi się

przedewszystkiem rozpoznać tę chorobę, by następnie przez odpowiednie zapobieganie nie dopuszczać do przenoszenia się cierpienia na inne osobniki w tej samej lub innej okolicy, czy w innym kraju.

Dlatego w pierwszej linii w każdym przypadku twardzieli należałoby dowiedzieć się dokładnie o obecnem miejscu zamieszkania chorego, a dalej, śledząc okres mniej więcej rozpoczęcia się choroby, dowiedzieć się, gdzie przebywał chory poprzednio i jak długo, wreszcie z której miejscowości jest rodem. Ponieważ wiadomo jest, iż przypadki twardzieli wyjątkowo zdarzają się pojedynczo i takie są zazwyczaj zawleczone, należałoby w miejscach pobytu, czy zatrzymania się chorego, śledzić za innymi przypadkami tej choroby, by w ten sposób dochodzić do jej ogniska. O każdym stwierdzonym przypadku twardzieli, z uwzględnieniem powyższych szczegółów, powinno się donosić do urzędu zdrowia, który znów przez odpowiednie organa powinien mieć w stałej ewidencyi danego chorego i kontrolować ściśle miejsce jego zamieszkania. Chorym na twardziel musi być zabronione bez wiedzy i zezwolenia urzędu zdrowia zmienianie miejsca pobytu, choćby chwilowe, które ewentualnie mogłoby być wogóle zabronione. W przypadkach konieczności leczenia szpitalnego, urząd zdrowia powinien być o tem powiadomiony, by w braku warunków do odpowiedniego leczenia w miejscu, zezwolić choremu na udanie się do pewnego zakładu leczniczego. Gdyby przypadek twardzieli, dotychczas nie poznany, zgłosił się w którym z zakładów leczniczych, powinien urząd zdrowia natychmiast być powiadomiony, aby stwierdzić, czy w danej miejscowości, z której ten chory pochodzi, względnie w której od czasu zachorowania przebywał, są inne przypadki tego cierpienia.

Ponieważ samo trzymanie w ewidencyi chorych na twardziel, względnie ścisłe przestrzeganie zmiany miejsca ich pobytu tylko częściowo zapobiegać będzie szerzeniu się twardzieli, potrzeba cierpienie to zwalczać miejscowo. Tu wskazane jest odpowiednie postępowanie z wydalinami górnych dróg oddechowych, mianowicie pouczenie, że plucie, względnie wolne wyrzucanie wydalin nosa jest szkodliwe dla drugich. Cały szereg wskazówek w kierunku czystości około siebie byłby tu na miejscu; chorzy tacy nie powinni sypiać wspólnie z innymi, ani jadać ze wspólnych naczyń, ale używać naczyń wyłącznie dla siebie. Ewentualnie zajść może potrzeba odosobnienia takich chorych na pewien czas, by przedewszystkiem pouczyć ich w kierunku zapobiegawczym, wpajając w nich główniejsze bodaj zasady higieny. Nie wyłączona jest też ewentualna potrzeba zakładania kolonii izolacyjnych dla przypadków twardzieli, podobnie jak to się dzieje co do trędowatych, by starać się cierpienie to stłumić nietylko w przypadkach pojedynczych, by zapobiedz szerzeniu się dalszemu, ale i w przypadkach twardzieli, panującej nagminnie.

Chcąc jednak przedewszystkiem spisać wszystkie przypadki twardzieli, należy zapoznać się z tem cierpieniem, dającem się przeważnie z łatwością rozpoznać zwykłym sposobem badania. Oprócz tego musiałyby urzędy zdrowia mieć do rozporządzenia siły lekarskie fachowe, któreby zajmowały się ewentualną kontrolą zgłoszonych przypadków twardzieli, względnie któreby przez szczepienie z tkanki chorej utwierdzić mogły rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, co zresztą wyjątkowo byłoby potrzebne.

Ewentualnie może zajść potrzeba, w razie nagminnie panującej twardzieli, wysyłania sił fachowych dla wyśledzenia innych przypadków.

Niewątpliwie zregestrowanie u nas wszystkich przypadków twardzieli spotka się z początku z trudnością; gdy jednak donoszenie o przypadkach twardzieli będzie obowiązywać, poznanie jej z czasem się ułatwi, ponieważ lekarze będą zmuszeni zająć się bliżej tem cierpieniem.

Zwalczając szerzenie się twardzieli w naszym kraju, oddamy niemałą usługę naszemu społeczeństwu, a przez środki ochronne zapobiegniemy zawleczeniu choroby do innych krajów.

Obowiązek donoszenia o przypadkach twardzieli powinien być objęty ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych, przedewszystkiem u nas, ale także i w innych krajach, co leży w interesie zdrowia wszystkich ludów. Bezwzględny zakaz wychodźtwa chorym dotkniętym twardzielą, względnie udawania się choćby na niedługi czas na roboty do krajów sąsiednich, odda wielką przysługę innym ludom. Inne państwa, uświadomione o niebezpieczeństwie ze strony twardzieli, będą musiały każdy zawleczony przypadek twardzieli po odkryciu go odosobnić, a w dalszym ciągu przymusowo odstawić chorego do miejsca jego stałego pobytu, donosząc o tem odpowiedniej władzy w kraju, z którego dany chory pochodzi. Przepisy w tym kierunku nigdy nie będą za surowe tam, gdzie chodzi o zdrowie całego społeczeństwa.

Oceny i sprawozdania.

Dr. med. Bronisław Ziemiński. **Zarys okulistyki.** Warszawa, 1909, str. 410, z 161 rycinami w tekście i 4 kolorowemi tablicami. Nakład autora.

Potrzeba polskiego podręcznika okulistyki oddawna dawała się odczuwać. Od dłuższego szeregu lat nie pojawiło się w polskiem piśmiennictwie dzieło, obejmujące całokształt wiedzy oftalmologicznej dla użytku studentów medycyny, którzy też zmuszeni byli uczyć się tego przedmiotu w języku obcym, najczęściej z podręczników niemieckich. Książka Dra Kramsztyka o sposobach badania narządu wzrokowego, która pojawiła się niedawno, pouczająca i pożyteczna, ma jednak charakter raczej monograficzny, nie może zatem zastąpić całkowitego podręcznika. To też z prawdziwem zadowoleniem przyjąć należy ukazanie się »Zarysu okulistyki«, który tę przykrą lukę pożytecznie i chlubnie wypełnia. Wiadomo, że pisanie podręcznika naukowego stanowi może najmniej wdzięczną i najmniej pociągającą pracę, pochłaniającą bardzo dużo czasu, żmudną, bo wymagającą przejrzenia mnóstwa publikacyi, a trudną o tyle, że rozległy przedmiot wtłoczyć trzeba w szczupłe ramy, na czem nie może jednak ucierpieć jasność, ani przejrzystość wykładu; nie wolno też pominąć szczegółów ważnych, a tych bywa zwykle wiele, i trzeba się umieć utrzymać na poziomie wykładu, odpowiednim dla uczniów medycyny, lub lekarzy początkujących. Następnie wiadomo, że podręcznik, raz napisany, wobec nieustannego postępu w zakresie danej specyalności starzeje się szybko i, żeby książkę utrzymać na wysokości współczesnego poziomu nauki, trzeba cały materyał bez przerwy niemal odnawiać, uzupełniać, i przygotowywać w ten sposób nowe i coraz to nowe wydania. Tak więc autor podręcznika zaprządz się musi do nieustannej pracy, jeśli nie chce, żeby książka jego straciła wnet na wartości i przestała być poszukiwaną. Jasną jest rzeczą, że podręcznik pisany w języku polskim, który nie może mieć ani w przybliżeniu takiej poczytności, ani takiego pokupu, jak podręczniki niemieckie, francuskie lub angielskie, nastręcza pod tym względem jeszcze większe trudności, a przedewszystkiem wymaga nieraz znacznych ofiar pieniężnych.

Już z tych wszystkich względów musimy pracę Dra Ziemińskiego powitać ze szczerem uznaniem, z tem większem, że autor nie szczędził trudu i kosztów, żeby jak najlepiej wypadła i jak najlepiej odpowiedziała swemu zadaniu. Podręcznik opracowany jest z wielką starannością. Opisy sposobów badania, opisy poszczególnych chorób ocznych, oraz sposobów leczenia, odznaczają się zwięzłością, a są przytem jasne i zrozumiałe. W pierwszych rozdziałach zupełnie słusznie omawia autor podmiotowe i przedmiotowe sposoby badania narządu wzroku. Uważał też za stosowne rozdziały o właściwych chorobach ocznych poprzedzić dość nawet drobiazgowem przedstawieniem techniki lecznictwa ocznego, opisem różnych drobnych rękoczynów, jak odwracanie powiek, zapuszczanie kropli, wstrzykiwania podspojówkowe, zakładanie opatrunków i t. d. Taki porządek w przedstawieniu rzeczy ma niewątpliwie wiele stron dodatnich, nie usuwa jednak konieczności powtarzania, względnie dodawania uwag uzupełniających w dalszym ciągu książki. Podział chorób ocznych według części składowych gałki ocznej i przydatków,

jedynie uzasadniony i we wszystkich podręcznikach przyjęty, przeprowadzony jest w książce Dra Ziemińskiego ściśle i konsekwentnie. Nowotworom śródgałkowym, częstokroć zajmującym naraz różne błony śródoczne, poświęcony jest rozdział osobny. Również w osobnym rozdziale omówione są zmiany napięcia gałki ocznej. W ostatnich rozdziałach znajdujemy bardzo przystępnie i jasno wyłożoną optykę fizyczną i krótki rys nauki o wadach refrakcyi i akomodacyi, a także o zboczeniach zdolności ruchowej oczu. Szkoda, że w ustępie tym autor nie wspomniał o wybornej metodzie Madoxa, służącej do mierzenia heteroforyi. Każdy rozdział rozpoczyna się treściwem przedstawieniem stosunków anatomicznych i własności fizyologicznych odpowiedniej części narządu wzroku. Dzieło kończy się opisem symulacyi i agrawacyi i podaniem sposobów ich wykrywania. W związku z tem przedstawione są zasady wymiaru odszkodowania za kalectwa oczne w następstwie wypadków, przyczem autor opiera się głównie na przepisach prawnych, obowiązujących w państwie rosyjskiem, a do określenia osłabienia zdolności zarobkowej zaleca tablicę Jostena, najczęściej używaną przez rosyjskich znawców. Operacye oczne przedstawione są wcale wyczerpująco w związku z opisem odpowiednich zboczeń i chorób ocznych. Zrozumienie opisów ułatwiają liczne, po większej części bardzo udatne ryciny w tekście, nadto zdobią książkę cztery barwne tablice litograficzne, wzorowo wykonane, przedstawiające przeważnie obrazy zmian wziernikowych.

Osobiście podoba mi się, że autor pomija wszelkie cytaty bibliograficzne i nie przepełnia tekstu nazwiskami autorów, przytaczając tylko najważniejsze, — zdaniem mojem zupełnie słusznie, bo byłby to balast, zgoła niepotrzebnie obciążający pamięć uczniów.

Dzieło, napisane potoczystym i poprawnym językiem, czyta się łatwo i nigdzie nie nuży rozwlekłością. Do niektórych dotąd nie używanych, lub mało używanych wyrażeń musiałoby się chyba nasze ucho przyzwyczaić: np. nastrzyk zamiast nastrzyknięcie, zaraza zamiast zakażenie, nastawczość (czasem nastawność), co ma oznaczać akomodacyę, przymiotniak, zamiast zwykle używanego wyrazu kilak. Niektóre usterki w mianownictwie łacińskiem, względnie greckiem, powinny być stanowczo usunięte: *hilum* zamiast *hilus*, *bacillum* zamiast *bacillus*, *infectio ectogena* zamiast *ectogenes*, *hypermetropia latenta* (!) zamiast *latens* etc. Omyłki te, prawdopodobnie przypadkowe i ostatecznie małoważne, a nawet pewne drobne niedokładności rzeczowe, jakie się tu i ówdzie, zwłaszcza w części optycznej zakradły do tekstu, nie umniejszają w niczem wartości dzieła i zniknął niewątpliwie w dalszych wydaniach, których pożyteczna ta książka powinna się w przyszłości doczekać.

K. W. Majewski.

Edward Flatau. **O nowotworach rdzenia.** (Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu żydowskim na Czystem). Warszawa 1909. E. Wende i Sp. Stronic 142.

Autor, podawszy krótki rys historyczny (w Polsce pierwszy Krajewski operował nowotwór rdzenia w przypadku, rozpoznanym przez autora i Dunina), omawia 21 przypadków przez siebie spostrzeganych, które dzieli na następujące 3 grupy: 1) 7 przypadków nowotworów kręgów, 2) 5 przypadków nowotworów zewnątrzkręgowych i 3) 9 przypadków nowotworów wewnątrzkręgowych. Niemożliwą jest rzeczą w krótkiem sprawozdaniu streszczać ściśle kliniczną stronę pracy; ograniczyć się musimy do podania w skróceniu uwag, jakie autor czyni na końcu każdej z trzech wymienionych grup.

Co do nowotworów kręgów, to z pomiędzy 7 przypadków autora, 6 było nowotworami złośliwymi (raki i mięsaki), a tylko jeden łagodny kostniak. Taki sam stosunek przedstawia mniejwięcej statystyka Schlesingera z r. 1898 (88:10). Rak kręgów bywa niemal zawsze pochodzenia przerzutowego i to najczęściej przy usadowieniu się ogniska pierwotnego w obrębie klatki piersiowej. Między pojawieniem się ogniska pierwotnego a przerzutu w kręgach upływa różnie długi czas: $^1/_2$ roku do 11 i więcej lat. Mięsaki, aczkolwiek zazwyczaj także przerzutowego pochodzenia, przecież częściej znacznie, niż raki, sadowią się pierwotnie w kręgach. Objawy nowotworów kręgosłupa można podzielić na objawy kostne, korzonkowe i rdzeniowe. Kostne polegają na często spotykanem zniekształceniu kręgosłupa, najczęściej w postaci wypuklenia, które jednak w przeciwieństwie do wypuklenia przy gruźlicy kręgów nie stanowi kąta ostrego, ale ma kształt bardziej okrągły; często następuje obsunięcie jednego trzonu kręgowego względem drugiego, względnie zmniejszenie się całej postaci chorego wskutek t. z. »entassement«. Sztywność kręgosłupa i jego oszczędzanie jest przy nowotworach objawem częstym, jednak nigdy tak wybitnym, jak w *spondylosis rhizomelica*. Wreszcie kręgosłup bywa w tych przypadkach bolesny przy uciskaniu, przyczem objaw ten występuje częstokroć szczególnie wyraziście, jeśli wywierać ucisk na kręgosłup nie wprost, ale nieco z boku; pamiętać jednak trzeba, iż nawet przy zajęciu wielu kręgów bolesność może być ograniczona tylko do jednego z nich, albo całkiem nie występować. Najbardziej jednak charakterystycznym objawem są bole pochodzenia korzonkowego: są to bóle uporczywe, trwałe i o niezmiernem nasileniu, ograniczone do kręgosłupa, lub też rozpromieniające się w postaci rwy międzyżebrowej, kulszowej i t. p.; obok bolów mogą istnieć najróżnorodniejsze zboczenia czucia (parestezye). Jako rdzeniowy objaw występują mniej lub więcej zupełne porażenia i to zazwyczaj albo powoli się rozwijające, a wtedy o charakterze kurczowym, albo nagle powstające, a wtedy wiotkie. Ta druga postać porażenia może być wywołana zarówno mechanicznym uciskiem mas nowotworowych na rdzeń, jak i toksycznymi wpływami rozpadającego się, chociażby nawet odległego nowotworu. Przy rozpoznawaniu może sprawiać trudności rozróżnienie nowotworu kręgu od próchnienia kręgu; autor zestawia cały szereg cech różniczkowych, tudzież podnosi, iż próba Pirqueta może oddać ważną usługę w tym kierunku. Omawiając swe przypadki pod względem anatomicznym, zauważa autor, iż klinicznie można stwierdzić objawy korzonkowe, a nawet i rdzeniowe niekiedy i w tych przypadkach, w których nowotwór ogranicza się tylko do kości, a bynajmniej na rdzeń nie uciska. Jasną jest rzeczą, iż nowotwór, nie uciskając jeszcze na treść kanału kręgowego, może uciskać na korzonki w ich międzykręgowym przebiegu; natomiast kliniczne objawy ucisku rdzenia należy w tych przypadkach tłómaczyć wspomnianymi już wpływami toksycznymi, to jest przyjąć w tych przypadkach t. zw. *myelitis toxaemica*, tem więcej, iż histologiczne zmiany, spotykane w tych przypadkach, są zupełnie podobne do tych, jakie znajdowano w rdzeniu w przebiegu ciężkiej niedokrwistości, w zatruciach i t. p.

Jedyne w tych przypadkach niesymptomatyczne leczenie, t. j. zabieg operacyjny, daje jednak dotychczas wyniki bardzo niepomyślne.

Drugą grupę, to jest grupę nowotworów zewnątrzkręgowych, stanowią przypadki od VIII do XII. Nowotwory te zazwyczaj na kręgi nie przechodzą, ale mogą przenikać przez otwory międzykręgowe i dochodzić do rdzenia, który mogą uciskać, lub też zniszczywszy opony, wprost rdzeń niszczyć; tylko w nielicznych przypadkach zajmują one tkankę kostną kręgów i w ten sposób zbliżają się do grupy pierwszej. Rozpoznanie w tych przypadkach nie sprawia żadnej trudności, jeśli nowotwór jest już na zewnątrz widoczny i daje objawy zajęcia tych narządów, z których wychodzi; natomiast istnieją przypadki, do rozpoznania niezmiernie trudne, w których chorzy żalą się poprzednio co najwyżej na bóle w jakimś odległym narządzie, a niespodziewanie i nagle ulegają porażeniu obustronnemu, dającemu obraz poprzecznego zapalenia rdzenia (*myelitis tranversa*). Objawy zajęcia rdzenia i korzonków lub nawet splotów nerwowych zależą naturalnie od wysokości usadowienia się sprawy nowotworowej; zresztą są niecharakterystyczne, a więc bóle i zmiany w czuciu, zaniki mięśniowe, porażenia, częściej wiotkie niż kurczowe, objawy ze strony pęcherza, odbytnicy i t. d. Objawy te, w różnych kombinacyach występujące wraz z objawami nienerwowego pochodzenia, (jak np. zastoiny w płucach, obrzęki na klatce piersiowej, na twarzy i szyi, duszność i t. p.), dają obraz tak typowy, iż jeśli w pełni wystąpią, zmuszają niemal do rozpoznania nowotworu zewnątrzkręgowego. W typowych przypadkach, to jest w tych, w których objawy ze strony układu nerwowego rozwijają się stopniowo, śmierć następuje po kilku tygodniach; w innych natomiast, w których nagle, bez żadnych ostrzegawczych objawów następuje porażenie, śmierć może wystąpić bardzo szybko, niemal nagle, przy objawach porażenia, mających naprzykład charakter opuszkowy.

Oprócz przypadków, w których objawy ze strony rdzenia tłómaczą się uciskiem na rdzeń, istnieją takie, w których anatomicznie nie znajdujemy nic, coby mogło kliniczne objawy tłómaczyć. Tutaj taksamo, jak przy nowotworach kręgów, trzeba pamiętać o możliwości toksycznego zajęcia rdzenia.

Zarówno raki, jak i mięsaki zewnątrzkręgowe nie mają zbyt wielkiej siły destrukcyjnej względem rdzenia i jego osłonek; najczęściej nowotwór zostaje powstrzymany w swem bujaniu przez oponę twardą i działa na rdzeń lub na jego naczynia tylko przez ucisk. Mikroskopowo można w tym razie wykazać ogniska zwyrodnienia, położone w powrózkach bocznych

i tylnych, kształtu bliznowatego lub pasmowatego, nierzadko symetrycznie na wysokości tej samej co nowotwór. Ogniska same są utworzone przez rozpadłą tkankę, przez luki wypełnione myeliną, a czasem komórki skrobiowate. Zazwyczaj niema ani silniejszego bujania gleju, ani zmian zapalnych; wyjątkowo znaleźć można ślady krwotoku śródmiąższowego lub ogniska rozmiękłe. Te zmiany nie dają się tłomaczyć ani uciskiem bezpośrednim na rdzeń, ani wpływami toksycznymi, ale jedynie daleko idącemi zaburzeniami w krążeniu krwi i limfy, wywołanemi uciskiem na odpowiednie naczynia. Okoliczność, iż ucisk w tych wypadkach nie wywoływa ani zmian zwyrodnienia wtórnego, ani ognisk zapalnych, jest bardzo ważna ze względu na to, iż tylko w ten sposób jest możliwy powrót rdzenia do stanu zupełnie prawidłowego po usunięciu nowotworu na drodze operacyjnej.

W jednym ze swych przypadków stwierdził autor fakt niezmiernie rzadki, a spostrzegany już przez nielicznych badaczy, mianowicie istnienie zwyrodnień w częściach rdzenia, znacznie niżej położonych, niż nowotwór, przy równoczesnym zupełnym braku takich zmian na wysokości nowotworu.

Grupę trzecią stanowią przypadki od XIII do XXI, t. j. nowotwory wewnątrzkręgowe, ale zewnątrzrdzeniowe. Z tych 8 przypadków operowano 5, w dwóch z nich udało się wysokość nowotworu dobrze oznaczyć tak, iż jeden z tych dwóch dzięki operacyi został wyleczony. W tych przypadkach, w których siedzibę nowotworu oznaczono błędnie, leżał nowotwór zawsze poniżej pola operacyjnego. Powód tego zbyt wysokiego lokalizowania trudno określić tem więcej, iż autor nie podaje schematów zaburzeń czucia. Zdawaćby się mogło, iż trepanowano od najwyższego odcinka (segmentu) rdzeniowego, jeszcze zmianami czucia dotkniętego, w górę — zamiast w dół: tak n. p. w przypadku XVII zmiany czucia sięgały nieco poniżej pępka, co odpowiada 10—11. odcinkowi grzbietowemu, leżącemu naprzeciwko 7—8. wyrostka kolczastego; ten wyrostek należałoby uważać za najwyższą, a nie za najniższą granicę laminektomii, a więc trepanować 7-my, względnie 8-my krąg, tudzież 9-ty, 10-ty, a nawet 11-ty; w tej też wysokości nowotwór znaleziono przy autopsyi. Podobnie w przypadku XV zmiany czucia nieco powyżej pępka, a więc 9—10. odcinek, co odpowiada 6—7. wyrostkowi; należałoby zatem trepanować wyrostki 6—7—8—9: nowotwór leżał też istotnie w 10, 11, 12 odcinku rdzenia grzbietowego i w 1-szym lędźwiowym, to jest między 6. a 9. wyrostkiem. W obu przypadkach zdaje się niedostatecznie uwzględniono zniesienie odruchów brzusznych (odcinek 8—12 grzbietowy).

Rozbierając następnie te przypadki, podnosi autor, iż bóle, tak zresztą charakterystyczne dla nowotworów wewnątrzkręgowych, mogą w niektórych przypadkach albo zupełnie nie występować, albo być bardzo nieznaczne — tudzież, iż bole te, zazwyczaj wywołane przez ucisk korzonków, mogą w wyjątkowych przypadkach pojawić się w okolicach bardzo odległych, zupełnie nie odpowiadających korzonkowi uciskanemu. Bole te, tudzież parestezye występują na pierwszy plan w pierwszym okresie cierpienia, są nierzadko jedynym objawem i utrzymywać się mogą lata całe, częstokroć zmieniając położenie i nasilenie. Ruchowe korzonkowe objawy występować mogą jużto jako niedowłady, połączone z zanikami mięśni, które częstokroć tem są charakterystyczne, iż przebiegają bez elektrycznego odczynu zwyrodnienia, już to jako mimowolne kurcze poszczególnych mięśni lub ich grup, powodujące mimowolne ruchy odpowiednich kończyn; kurcze te jednak najczęściej bywają objawem ucisku długich dróg ruchowych w rdzeniu. W późniejszych okresach choroby występują porażenia zazwyczaj połowicze, o typie najczęściej Brown-Sequarda, pamiętać jednak należy, iż typ ten może występować czasem bardzo niewyraźnie, t. j. że zarówno ruchowe, jak czuciowe objawy mogą występować obustronnie, tylko że objawy ruchowe po jednej, a czuciowe po drugiej stronie mają większe nasilenie. Natomiast w dwóch przypadkach miał autor sposobność stwierdzić niezwykle rzadkie i dziwne rozłożenie objawów, mianowicie takie, iż zarówno ruchowe, jak i czuciowe objawy dotyczyły tylko jednej strony, natomiast druga była nietknięta. W ostatnim okresie choroby występuje zazwyczaj zupełny obraz poprzecznego, najczęściej kurczowego zajęcia rdzenia i to w ten sposób, iż naprzód zjawiają się objawy ruchowe, a później dopiero czuciowe; te ostatnie mają ściśle ograniczoną górną granicę, której wysokość odpowiada położeniu górnego bieguna nowotworu w rdzeniu.

Autor, omówiwszy dalej rozpoznanie różniczkowe między nowotworami rdzenia z jednej strony, a jamistością (syryngomyelią), stwardnieniem wieloogniskowem, próchnieniem kręgów, surowiczem zapaleniem opon rdzeniowych, z drugiej strony — przedstawia w dalszym ciągu swej pracy wyniki swych badań anatomo-patologicznych. Tutaj podnosi, iż nowotwory, uciskające rdzeń, nie wywołują również wtórnych zwyrodnień lub tylko w stopniu bardzo nieznacznym, że przeciwnie zmiany anatomiczne, jakie w uciśniętym rdzeniu wykazać można, są przeważnie zmianami miejscowemi i tylko mechanicznemi (a więc w pierwszym rzędzie zaburzenia w krążeniu, tworzenie się zastoin i t. p.). Fakta te podnosi autor z tem większym naciskiem, iż pozwalają one spodziewać się po usunięciu guza zupełnego wyleczenia, o ile tylko objawy nie zbyt długo trwały; i rzeczywiście kliniczne spostrzeżenia stwierdzają słuszność tego zdania.

Ostatnia część pracy zawiera uwagi, tyczące się chirurgii nowotworów rdzenia. Podawszy pokrótce wiadomości statystyczne o wynikach operacyi, oświadcza się autor za dokonywaniem zabiegu w jednym, a nie we dwóch aktach; zaleca bardzo używanie trepanów elektrycznych, a nie młotka i dłuta — ze względu na łatwiejsze uniknięcie przypadkowych obrażeń, a przedewszystkiem ze względu na niewywoływanie mechanicznego wstrząsu, zmniejszającego ogromnie prawdopodobieństwo korzystnego wyniku operacyi. Kto chociażby raz był świadkiem operacyi nowotworu zapomocą dłuta i młotka, ten z pewnością nie odmówi wielkiej słuszności tej uwadze autora.

Dalej podnosi autor, iż można przy operacyi wyciąć nawet i 7 łuków kręgowych bez wywołania przez to późniejszych zaburzeń w statyce kręgosłupa; zaleca nadawanie operowanemu ułożenia Trendelenburga; wreszcie zauważa, iż guzy wewnątrzoponowe, z oponą zrośnięte, można i należy usuwać bez równoczesnego usuwania opony twardej, bo z jednej strony ułatwia się przez to gojenie rany operacyjnej, z drugiej zaś niebezpieczeństwo odnowienia się nowotworu, wobec małej wogóle skłonności nowotworów rdzenia, nawet złośliwych, do nawrotów, jest bardzo nieznaczne, zwłaszcza, jeśli się dokładnie wyskrobie wewnętrzną powierzchnię opony.

Śmierć po operacyi występuje bądź to wskutek błędów techniki i aseptyki, nieraz do uniknienia niezmiernie trudnych, bądź wskutek wstrząsu, bądź też wreszcie wskutek następowych chorób, jak ropne zapalenia dróg moczowych, odleżyn, zapalenia płuc i t. p.

Pracę objaśnia cały szereg udatnych rysunków anatomicznych i histologicznych, a kończy ją bardzo bogate zestawienie piśmiennictwa [1]). *Rydel.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Bang i Prof. Forssman. **Czy teorya łańcuchów bocznych Ehrlicha zgadza się z rzeczywistymi faktami?** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Teorya łańcuchów bocznych Ehrlicha przyjęła się tak ogólnie, że obecnie zapomina się nawet, że jest ona tylko »teoryą« i uważa się ją za pewnik. Czy jednak tłómaczy ona i rzeczywiste fakta? Teorya ta nie jest jedną hypotezą, lecz szeregiem hypotez, a głównemi jej zasadami są twierdzenia; 1) że toksyna sama wywołuje tworzenie się antytoksyny; 2) że toksyna tworzy z pewną częścią komórek swoiste połączenie; 3) teorya przyjmuje nadmierną regeneracyę tej zawartości komórek; 4) te zbytnie receptory zostają z komórek wydalane i tworzą we krwi antytoksyny.

Gdyby teorya Ehrlicha była prawdziwą i odpowiadała rzeczywistości, w takim razie musiałaby toksyna sama wywoływać zawsze powstanie antytoksyny, a antytoksyna powinna być identyczna z receptorami. Tymczasem wiele przemawia za tem, że nie toksyna, jako taka, wywołuje powstawanie antytoksyny. Przedewszystkiem nie udało się jeszcze otrzymać zupełnie czystej toksyny i celem otrzymania antytoksyny wstrzykujemy prócz toksyny różne inne ciała, n. p. bulion i t. p. Nie jest więc wyłączone, że i inne dodatki na to wytwarzanie mają wpływ pewien. Wiemy z drugiej strony, że nigdy nie udało się otrzymać antytoksyn przez wprowadzanie do krwi czystych jadów, jak

[1]) Nie możemy się powstrzymać od uwagi, iż wyrażenie, stale przez autora używane: »na skutek« jest błędem językowym; mówić się powinno »wskutek«.

alkaloidów lub saponin, chociaż działanie ich jest zupełnie identyczne z toksynami. Jad kobra wywołuje wystąpienie antyreneniny, natomiast czyste saponiny tego nie czynią. Fakt ten objaśnia Ehrlich w ten sposób, że toksyny dlatego tworzą autytoksyny w przeciwieństwie do alkaloidów, ponieważ wchodzą one w ścisłe i trwałe połączenie z protoplazmą komórek, natomiast alkaloidy tworzą połączenia łatwo rozpadające się. Tymczasem wiele przemawia za tem, że połączenie to nie jest właśnie tak ścisłem. Toksyny utracić mogą swą zjadliwość, a i tak wywiązywać antytoksyny. Ehrlich tłomaczy ten fakt w ten sposób, że toksyna składa się z 2 grup, z których tylko jedna jest potrzebna do wywoływania antytoksyn. Arrhenius i Madsen wykazali, że połączenie toksyny z antytoksyną nie jest wcale tak ścisłe, jak to twierdzi Ehrlich. Dalej wykazano znów odwrotnie, że ścisłe połączenie toksyny z receptorem w sensie Ehrlicha, nie zawsze musi wywoływać wytworzenie się niwecznika.

Wobec tych niejasnych punktów teoryi dodano celem ich wytłómaczenia nowe hypotezy. Bruck n. p twierdzi, że samo połączenie nie wiedzie jeszcze do wytworzenia niwecznika, lecz potrzeba do tego jeszcze nowego czynnika, mianowicie specyalnego podrażnienia. Wprawdzie dla toksyn nie wykazano jeszcze różnorodności między substancyą wiążącą niweczniki, a tworzącą niweczniki, ale różnorodność taką wykazał Bang dla hemolizyn.

Także drugi punkt teoryi Ehrlicha, t, j. nadmierne odradzanie się nowych receptorów, jest bardzo nieprawdopodobny, bo nigdzie ani w fizyologii, ani w patologii, analogicznego tak olbrzymiego odradzania się nie spotykamy. Wreszcie na potwierdzenie faktu, że nowowytworzone receptory zostają wydzielane z komórek i przechodząc do krwi, przedstawiają antytoksynę, E. przytacza jako dowód doświadczenia Wassermanna i Takakiego, które właśnie przemawiają raczej przeciwko teoryi Ehrlicha, bo dowodzą, że receptor nie odpowiada właśnie antytoksynie.

Z dotychczasowych więc doświadczeń zamiast potwierdzeń, wysnuć można raczej wnioski przeciw teoryi Ehrlicha, bo najpierw nie udowodniono, że antigen jest identyczny z toksyną, a dalej wykazano, że tworzenie się niweczników nastąpić może bez ścisłego połączenia z toksyną, a naodwrót ścisłe połączenie nie wywołuje zawsze tworzenia się niwecznika. Nadmierne tworzenie się receptorów jest też bardzo nieprawdopodobne. Nie ulega także wątpliwości, że receptor nie jest identycznym z antytoksyną krwi.

Teorya Ehrlicha nie odpowiada więc faktom rzeczywistym, nie jest prawdziwą, i nie pomogą jej wszelkie nowe hypotezy, wymyślone celem podtrzymania całości. *A.*

Much. **Nastina, odczynowe ciało tłuszczowe w świetle nauki odporności.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 36). Do niedawna panowało powszechne przekonanie, że tylko ciała białkowate mogą wywoływać w ustroju swoisty odczyn, przez tworzenie niweczników. Tymczasem obecnie wiemy, że i inne ciała, mianowicie t. zw. lipoidy, posiadają tę własność. Bang i Forssman wykazali, że tak samo dobrze wywołują hemolizę lipoidy, wyciągnięte z ciałek czerwonych, jak i same ciałka czerwone. Podobnie odczyn wywołuje ciało tłuszczowe »nastina«, otrzymane z ciał bakteryi odpornych na kwasy. Tworzy ono w ustroju niweczniki i to przeciwko odpornym na kwasy drobnoustrojom, n. p. trądu i gruźlicy. Ten wybitny odczyn spostrzegał M. w jednym przypadku trądu, gdzie zapomocą nastiny otrzymał nawet wcale dobry wynik leczniczy. I w gruźlicy odczyn ten jest wybitny (Deycke i autor wyleczyli zapomocą nastiny ciężki przypadek gruźlicy kolana), trzeba jednak być tutaj bardzo ostrożnym, albowiem odczyn nastiny polega na tem, że tworzy ona w ustroju niwecznik przeciwko tłuszczom, tworzącym osłonkę drobnoustrojów. Przez to uwalniają się jady drobnoustrojów i dostają się do krwi. O ile jednak białkowate ciało drobnoustrojów trądu nie jest bardzo trujące, o tyle ciało to w prątkach gruźliczych jest bardzo jadowite i przez to łatwo ustrój potem może zatruć. Przez traktowanie zwierząt zapomocą nastiny można zwierzęta chronić przed następowem zakażeniem gruźlicą. Natomiast nie otrzymuje się takiego efektu przez uodpornianie ciałami białkowatemi, otrzymanemi wprost z prątków gruźliczych. W surowicy chorych trędowatych wykazał M. substancye wiążące (Komplementbindung) przeciw nastinie. *A.*

Deycke i Much. **Rozpuszczanie prątków gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 39). Uhlenhuth na tegorocznej konferencyi w sprawie trądu wyraził się, że nie wierzy w możność rozpuszczania prątków gruzliczych. Wbrew temu D. i M. donoszą, że taka bakteryoliza jest zupełnie możebna i do pewnego stopnia udało się im ją osiągnąć. Na fakt ten naprowadziło spostrzeżenie, że przy rozcieraniu prątków gruźliczych w zawiesinie mózgu, tracą one stopniowo odporność na kwasy, a w końcu giną. Nie wszystkie jednak mózgi mają tę właściwość i nie wszystkie prątki gruźlicze podlegają jej. Skuteczną okazała się lecytyna, a mianowicie jej zawiesina wyrobu firmy »Poulenc frères«, przyczem zauważano, że rozpuszcza ona głównie prątki typu ludzkiego, natomiast prątki typu bydlęcego nie ulegają rozpuszczeniu wcale, lub też bardzo zwolna i nieznacznie. Jeszcze pewniej i szybciej rozpuszczają prątki cholina i neuryna, t. j. dalsze składniki rozpadowe tkanki mózgowej. Przy użyciu 25% rozczynu neuryny już w kilka minut spostrzegać można rozpuszczenie. Spostrzeżenia te zachęcają do dalszych prób, mianowicie do spożytkowania ich w celach uodporniania przeciw gruźlicy. *A.*

Vogt. **Kilka spostrzeżeń nad sposobem barwienia prątków gruźliczych podług Demetriusa Gasisa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 36). Niedawno Demetrius Gasis podał sposób barwienia prątków gruźliczych, który pozwala je na pewno odróżniać od wszelkich innych prątków odpornych na kwasy, jak spotykanych w mastce napletkowej, w maśle, serze, przy zgorzeli płuc i t. p. Sposób ten opiera się na odbarwianiu preparatów, zabarwionych mieszaniną eozyny z chlorkiem rtęci, zapomocą rozczynu alkalicznego. Dalsze postępowanie i podbarwienie, jak przy zwykłem barwieniu Ziehla. Jedynie prątki gruźlicze są odporne przeciw zasadom, i dlatego jedynie one występują zabarwione czerwono w razie obecności ich w preparacie, a wszelkie inne niebiesko. V. przeprowadził badania kontrolne i przekonał się o zupełnej pewności tego sposobu barwienia, przyczem, wykonując barwienia kontrolne podług Ziehla, przekonał się także, że często tam, gdzie podług Z. spotykało się mnóstwo prątków rzekomo gruźliczych, w preparatach barwionych sposobem G. było ich bardzo mało. Przy tym sposobie barwienia prątki barwią się bardzo ładnie i dokładnie, a barwiki używane nie rozkładają się szybko i można je przechowywać długi czas. *A.*

Frouin. **O możliwości utrzymania zwierząt w dobrym stanie po zupełnem usunięciu gruczołu tarczowego, a to zapomocą soli, wapnia i magnu.** (*Akad. umiej.* Paryż, 14. VI. 1909). F. udawało się, po zupełnem usunięciu gruczołu tarczowego i ciałek nabłonkowych u zwierząt, wstrzymać na długi czas (najmniej 2 miesiące) rozwój charłactwa lub tężyczki, a to przez wewnętrzne podawanie w pokarmach dziennie 5—10 grm chlorku wapnia i magnu. Okazuje się z tego, że wspomniane sole mogą do pewnego stopnia uzupełniać lub zastępować czynność gruczołu tarczowego, zapewne przez zobojętnianie pewnych trucizn. Zwierzęta przez ten czas nietylko miały się dobrze, ale przybywały nawet na wadze. *A.*

Herz i Sterling. **Badania nad sokiem psychicznym u chorego po gastroenterostomii.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909, Nr 38—39). Autorzy mieli sposobność przeprowadzić ciekawe badania u chorego, liczącego lat 21, który przed 10 laty napił się przez pomyłkę ługu. W następstwie stopniowe zwężanie się przełyku, w 3 lata potem gastrostomia. Chory odżywiał się przez rurkę, przyczem nie mógł odróżniać smaku pokarmu; dopiero od $1^1/_2$ roku umie odróżniać w żołądku smak kawy, mleka, o ile płyny te wlane zostały do żołądka w dużej ilości. Chory połykał czasem i drogą naturalną. Od pół roku wpadł na pomysł przeżuwania pokarmów i wpluwania ich przez rurkę do żołądka, albowiem wystąpiła zupełna niedrożność przełyku, nawet i dla śliny. Chory zgłosił się na oddział bardzo wynędzniały z ropnem zapaleniem opłucnej prawej (przed 5 laty po tejże stronie wycięto żebra). Ze względu na zły stan nie operowano. W 3 tygodnie w miejscu starej blizny przebiła się ropa z opłucnej na zewnątrz i chory zwolna przyszedł do zdrowia. Obecnie w czasie prób chory ma wyśmienity apetyt. Z zawodu jest kucharzem i ma wiele ulubionych potraw. Ochotę do nich n. p. do ciastek, zadowala w ten sposób, że je żuje, a potem wypluwa zupełnie. Badania wykonywano w ten sposób, że chory od wieczora poprzedniego dnia nic nie jadł, o 9. rano płukano żołądek i po kwadransie przystępowano do badań. Ze żołądka chory odróżnia dobrze smaki, z wyjątkiem słodkich, które odczuwa jako slone lub gorzkie. Widok potraw, które chory sam sobie przyrządzał, miał wybitny wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Podczas pozornego karmienia chlebem ilość wydzielanego soku była znacznie mniejsza, niż przy pozornem karmieniu mięsem. Wpływy psychiczne miały też naodwrót hamujące działanie (smutek) na wydzielanie się soku, nawet podczas żucia. Podrażnienia chemiczne mają już znacznie mniejszy wpływ

na wydzielanie soku żołądkowego. Samo żucie, jako takie (n. p. żucie gumy), nie wyzwala wydzielania soku żołądkowego.

W końcu pracy omawiają autorowie definicyę »apetytu«. Pawłow twierdzi, że »apetyt, jest to sok żołądkowy«. H. i S. są jednak zdania, że genezy apetytu trzeba koniecznie doszukiwać się w uczuciach przyjemności wskutek wrażeń smakowych i węchowych, albowiem przewyższają one wszelkie inne bodźce czuciowe zdolnością wywoływania odpowiedników psychicznych. Wpływ ten daje się dostrzegać nawet w wyrażeniach przenośnych, n. p. kwaśna mina, gorzki żart, dowodząc, jak silne ślady zostawiają różne wrażenia smakowe. Określenie Pawłowa odnosi się raczej do głodu. Natomiast »pożądanie apetyczne« nie zależy nieraz zupełnie od stanu pełności i nasycenia żołądka, lecz występuje jako fizyologiczny nieraz skutek głodu. »Apetyt« jest to specyalne pożądanie, zwrócone w pewnym określonym kierunku. Apetyt mają nieraz ludzie, czujący wstręt do innych potraw, a nawet zjawia się on u osobników z wyciętym żołądkiem lub z bardzo osłabioną czynnością wydzielniczą.

(Zapewne przez pomyłkę zatytułowano pracę: „Badania po gastroenterostomii — zamiast po gastrostomii. *Przyp. ref.*).

Klęsk.

Medycyna wewnętrzna.

Docent E. Moro, S. Noda i E. Benjamin. **Napadowa hemoglobinurya i rozpuszczanie się krwinek czerwonych in vitro.** (*Münch. med. Wochs.* 1909. Nr 11, str. 545).

Donath i Landsteiner stwierdzili przed paru laty we krwi chorych, cierpiących na hemoglobinuryę, pewną substancyę, rozpuszczającą krwinki, zarówno tego samego ustroju, jak i obce. Półgodzinne podgrzewanie owej hemolizyny do 56° C. unieczynnia ją. Gdy jednak do tak unieczynnionej hemolizyny dodać świeżej (jakiejkolwiek) surowicy, wtedy staje się ona nanowo czynną. Krew chorego na hemoglobinuryę zawiera zatem pewne ciało — amboceptor, oddziaływające swoiście na czerwone krwinki ludzkie. Amboceptor ten ma się różnić od innych amboceptorów własnością wiązania się z czerwonemi krwinkami tylko na zimnie. Rozpuszczanie się występuje potem, jak zwykle, w cieple przy pomocy komplementu. Twierdzenie przytoczonych autorów posłużyło za punkt wyjścia dla szeregu badań nad 4-letniem dzieckiem, cierpiącem na napadową hemoglobinuryę. Autorowie stwierdzili w swoim przypadku słuszność poglądów Donatha i Landsteinera. Oziębianie jednych krwinek w rozczynie solnym 3° C. i równoległe ogrzewanie drugich w rozczynie 30° C. wykazało dodatnią hemolizę z oziębionemi ciałkami i ujemną z ciałkami podgrzanemi. Ciekawe wyniki dało badanie komplementu po zastosowaniu dziesięciominutowych kąpieli nożnych 5° C. Gdy przed kąpielą surowica krwi nie zawierała zupełnie, lub przynajmniej mało komplementu, to po oziębieniu kąpielą nożną ilość komplementu wzmagała się znacznie już po upływie 15 minut. Wysoka zawartość komplementu utrzymywała się jednak tylko przez parę minut. Po godzinie już surowica była zupełnie wolna od komplementu. Jednocześnie i zależnie od komplementu występowało rozpuszczanie się krwinek czerwonych w naczyniach. Objawiało się to wyraźnem rubinowem zabarwieniem surowicy w ciągu mniej więcej 40 minut. Podjęte jednocześnie drobnowidowe badanie krwi stwierdziło silne pomnożenie wielojądrzastych białych krwinek, zmiejszenie się ilości limfocytów, oraz fagocytozę czerwonych krwinek we krwi, w następnych zaś dniach eozynofilię. Ciepłota ciała podnosiła się po kąpieli i po dwóch godzinach osiągała 38,5, następnie zaś opadała do poziomu prawidłowego. Wobec tego, że napadową hemoglobiuurye spotyka się, jak wiadomo, najczęściej przy przymiocie, starali się autorowie wyjaśnić pytanie, w jakim stosunku znajduje się amboceptor, rozpuszczający czerwone krwinki, do odczynu Wassermanna. Doświadczenia wykazały jednak, że nieznane ciała surowicy, czynne w odczynie przymiotu, nie mają nic wspólnego z amboceptorami surowicy przy hemoglobinuryi.

Miecz. Michałowicz.

Kraus. **O serodyagnostyce z klinicznego punktu widzenia.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 38). Odczyn ustroju na zakażenie objawia się pewnemi zmianami, z których jedne mają na celu obronę ustroju, a inne należą do istoty samej choroby. Zmiany te objawiać się mogą w zmniejszonej skłonności do danego zakażenia lub też w większej skłonności do niego. Zmiany te mogą być humoralne i komórkowe. Humoralne zjawiają się głównie w surowicy krwi, a podstawą ich są następujące istoty: 1) aglutyniny i precypityny, 2) antytoksyny, 3) istoty, wiążące dopełniacz ze zdolnością rozpuszczania drobnoustrojów lub bez niej, 4) opsoniny i bakteryotropiny. Z istot tych antytoksyny mają więcej lecznicze, niż rozpoznawcze znaczenie. Pokrewne antytoksynom przeciwzaczyny stosuje się już leczniczo (Jochmann, Müller) w ropieniach. Antytrypsynę wykazano obficie u chorych na raka i u charłaczych, a także przy chorobie Basedowa, wśród porodu i t. p. Precypityny znalazły zastosowanie głównie w medycynie sądowej dla odróżniania białka. Wielkie rozpoznawcze znaczenie mają substancye, wiążące dopełniacz. Wykazuje się je zapomocą bakteryolitycznej próby Pfeiffera, dalej próby Neissera, a wreszcie wiązania dopełniacza (Bordet-Gengou). Próbę Pfeiffera stosuje się celem kontroli aglutynacyi przy cholerze i durze, w Niemczech jest ona już przez rząd przepisana. Najważniejsze zastosowanie znalazła jednak próba wiązania dopełniacza, zwłaszcza dla kiły (Wassermann) i bąblowca (Ghedini). Odczyn Wassermanna jest bardzo cenny, nie da się jednak zaprzeczyć, że zjawia się on i w innych chorobach, jak wiądzie rdzenia, niedomykalności zastawek aorty i tętniaku aorty, w miąższowem zapaleniu rogówki, w krwiomoczu napadowym, framboezyi, w trądzie, chorobach na tle świdrowców, w durze powrotnym, płonicy (40%), zimnicy, wściekliźnie, a także w durze brzusznym, gruźlicy, nowotworach i cukrzycy. Mimoto nie można odmówić mu wartości i obecnie nietylko kieruje on rozpoznaniem, ale i leczeniem, n. p. ze względu na możliwość nawrotów, wynik leczenia i t. p. Ważną też ze względu na rozpoznanie jest podobna próba bąblowca. Jako antigen służy tu płyn torbieli.

Komórkowe odczyny odgrywają w dyagnostyce już znacznie mniejszą rolę, bo nie są tak swoiste. Występują one w następujących postaciach: 1) fagocytoza; 2) otoczenie drobnoustrojów przez komórki (guzki gruźlicze, promienicze i t. p.): 3) występowanie w zwiększonej liczbie pewnych rozmaitych zresztą składników krwi, n. p. limfocytów przy gruźlicy i kile, ciałek wielojądrzastych przy zakażeniach gronkowcami i paciorkowcami, eozynochłonnych przy cierpieniach pasorzytowych i t. p.; 4) zjawianie się wśród zakażenia tworów nowych, n. p. ciałek Guarnieriego przy ospie, Negriego przy wściekliźnie, szczególnych ciałek przy jaglicy i zaraźliwym nabłoniaku skóry i t. p.

Odczyny, biorące początek z większej wrażliwości ustroju, są tak humoralnej, jak i komórkowej natury. Nie są one jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Największe znaczenie zyskał odczyn tuberkulinowy, chociaż i on nie jest ściśle swoisty i niezawsze daje nam wyjaśnienie tego, o co nam chodzi, t. j. czy w danym ustroju jest gruźlica czynna, czy też przytłumiona. Najmniejszą swoistą cechę u dorosłych ma odczyn skórny Pirqueta, bo występuje on u dorosłych prawie w 70%. Natomiast ujemny jego wynik w razie braku charłactwa pozwala (wprawdzie nie z bezwzględną pewnością) wyłączać gruźlicę. Natomiast u dzieci odczyn ten jest swoisty i pewny. Odczyn zapomocą podskórnych wstrzykiwań Kocha ma o tyle wielką wartość rozpoznawczą, że należy do wielkich wyjątków, by osobnik cierpiący na czynną gruźlicę nie oddziaływał (o ile nie jest już w okresie charłactwa). Odczyn oczny ma znów tę wartość, że występuje wyjątkowo u nie gruźliczych (dur, gościec, kiła w okresie wysypki). Odczyn tuberkulinowy ma też pewne znaczenie dla rokowania. Źle każą rokować przypadki, które zrazu dają odczyn dodatni, a w kilka tygodni (bez leczenia tuberkuliną) ujemny. Przy odczynie ocznym przy klinicznie małych zmianach gruźliczych w razie wyniku ujemnego rokować można lepiej, podobnie w razie takich samych zmian, złego stanu ogólnego, a dodatniej próby (dowodzi to silnej obrony ustroju). Natomiast przy rozwiniętej gruźlicy odczyn ujemny jest znakiem niepomyślnym. Zniknięcie odczynu przy poprawie objawów klinicznych jest pomyślne, przy pogorszeniu złe, zjawienie się odczynu (którego przedtem nie było) przy klinicznem pogorszeniu złe, przy poprawie klinicznej pomyślne. Pod koniec odczyn zwykle jest ujemny.

Serodyagnostyka ma, jak z tego widzimy, wielkie znaczenie i dlatego powinni ją stosować lekarze sami, kontrolując równocześnie uzyskane dane — kliniką. Gdybyśmy bowiem opierali się tylko na danych serologicznych, i to przez kogo innego stwierdzonych, doszłoby do tego, że zaczęlibyśmy leczyć tylko dane choroby, a nie chorych samych, jako takich. *A.*

W. Ebstein. **Patologia białaczki.** (*Zjazd lekarski w Peszcie,* 1909). Zasługa odkrycia białaczki przypada Virchowowi, a nie (jak to mylnie twierdzi Naegeli) Bennetowi. Od czasu prac Neumanna wykazano, że prawie w każdym przypadku białaczki zajęty jest szpik kostny, a zajęcie śledziony jest wtórne, tak, że dziś zarzucono zupełnie pojęcie śledzionowej postaci białaczki. Zdaniem Ebsteina dzisiejsze nasze wiadomości o naturze i istocie tej choroby, oraz o udziale narządów krwiotwórczych i krwi samej przy jej powstawaniu, jak również różnorodność i zmien-

ność obrazu krwi, nie dają dostatecznej podstawy, ażeby na tych znamionach ustalić ścisły podział tej choroby, i dlatego uważa on za najodpowiedniejszy i celowy podział kliniczny na postać ostrą, podostrą i przewlekłą. Białaczka ostra trwa zazwyczaj przez 2 miesiące, podostra przewleka się do sześciu miesięcy i nie przechodzi nigdy w przewlekłą. Rozpoznanie kliniczne oparte jest nietylko na wzmożeniu liczby krwinek białych, lecz na właściwym obrazie białaczkowym krwi, przypominającym obraz krwi u zarodka, oraz na całokształcie objawów klinicznych i anatomicznych. Podług ukształtowania się objawów odróżniamy pewne typowe postacie białaczki ostrej, jak: 1) anemiczna, 2) krwotoczna, 3) połączona z zajęciem gardła (*leukaemia anginosa*), 4) wrzekomo-gnilcowa. Białaczka przewlekła trwa średnio $1^1/_2$—2 lat. Można w niej odróżnić dwa, nie zawsze ostro odgraniczone, okresy: *a*) okres przestanków i zwolnień, powstających bądź samorodnie, bądź pod wpływem leczenia, bądź też przy powikłaniach z chorobami zakaźnemi, *b*) okres charłaczy, połączony ze skazą krwotoczną. Białaczka u ciężarnych nie przechodzi na płód, a mimo zwykłej skłonności tych chorych do krwotoków, nie występują u nich krwotoki w przebiegu ciąży i porodu. Matka, która urodziła dziecko, dotknięte białaczką, może później rodzić znowu zdrowe dzieci. Przy powikłaniach białaczki z ostrem zakażeniem krwi, grypą, różą, zapaleniem, lub gruźlicą płuc i kiłą białaczkowy obraz krwi zmienia się w mniejszym lub większym stopniu. W przeszło połowie takich przypadków liczba leukocytów spada do normy, albo poniżej normy, a śledziona, wątroba i gruczoły chłonne maleją. Dzieje się to we wszystkich postaciach białaczki. Wszelako po przejściu choroby zakaźnej obraz białaczkowy krwi, oraz narządów powraca do stanu pierwotnego. *Dr M. Blassberg.*

Prof. A. Gluziński. **O niedokrwistości złośliwej na tle motylicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1909, Nr 1). Wiadomo, że zakres przypadków choroby, znanej od czasów Biermera jako niedokrwistość złośliwa, w miarę późniejszych badań, wykrywających etyologię tej choroby, coraz bardziej malał. Dlatego też jesteśmy uprawnieni w poszczególnych przypadkach zamiast ogólnej nazwy »samoistna niedokrwistość« używać nazwy: »niedokrwistość złośliwa na tle brózdogłowca« (botriocephalica) lub też »na tle tęgoryjca« (anchylostomiasis). Na X. Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników we Lwowie wykazali Gluziński i Franke, że i gruźlica typu bydlęcego (*tuberculosis bovina*) może przebiegać klinicznie pod postacią ciężkiej niedokrwistości. Obecnie spostrzegany przez Gl. przypadek chorobowy pozwala znowu ująć i ściślej określić jednostkę chorobową, któraby według dotychczasowych pojęć uchodziła za »samoistną« niedokrwistość. Chodziło o mężczyznę 24-letniego, dotkniętego silną żółtaczką, u którego we krwi stwierdzono znaczny niedostatek krwinek czerwonych (760.000) bez oligochromemii. Liczba leukocytów wysoka (34.000) wzrosła z czasem do 101.582. Wzajemny stosunek ciałek białych okazywał nieznaczną przewagę ciałek neutrochłonnych. Erytroblastów znaczna ilość. Również były znamiona podrażnienia tkanki leukoblastycznej. Obraz neutrochłonny krwi Arnetha przesunięty w lewo. Przy sekcyi zmarłego znaleziono w przewodzie żółciowym wspólnym motylicę (*distoma hepaticum*, czyli *fasciola hepatica*). Dotąd nie było dokładnych badań krwi przy motylicy u człowieka, a Gl. przypisuje temu właśnie pasorzytowi wpływ na stan krwi w danym przypadku. — Żółtaczka nie miała w przypadku opisanym przyczyny w mechanicznej przeszkodzie odpływu żółci lub w nieżycie dróg żółciowych, lecz w wzmożonym rozpadzie krwinek czerwonych. *Dr M. Blassberg.*

Trunecek. **Wysklepienie nadobojczykowe jako objaw krwistości ogólnej** (*plethora*). (*Sem. médic.* 1909, Nr 41). U ludzi, okazujących objawy krwistości ogólnej, stwierdził autor wysklepienie okolicy nadobojczykowej z obu stron. Wysklepienie to bywa mniejsze lub większe, miękkie, elastyczne, łatwo na podstawie przesuwalne, pokryte skórą cienką, ciemno-czerwoną lub siną. Wysklepienie to nie tętni, pod uciskiem powoli znika, ale, jak tylko ucisk ustępuje, natychmiast powraca; zajmuje zwykle przestrzeń między obojczykiem, mięśniem mostkowo-sutkowym i przednim brzegiem mięśnia czworobocznego (trapezowego). Nie zmienia się pod wpływem ani wdechu, ani wydechu. Odgłos daje stłumiony, przez osłuchiwanie zaś nic stwierdzić nie można. Podobne na pierwsze wejrzenie wypuklenie można widzieć u ludzi dotkniętych rozedmą płuc, wtedy jednakże odgłos opukowy na owych wysklepieniach jest jawny, brak wszelkiej przesuwalności, a zależnie od ruchów oddechowych wypuklenia drżą. — Wypuklenia, powstające przy krwistości, składają się anatomicznie z rozszerzonych naczyń żylnych. — Jeśli krwistość się wzmaga, rosną i owe guzy i coraz bardziej skracają szyję, nadając chorym coraz więcej wejrzenie *habitus apoplecticus.* W toku zapalenia płuc stanowią owe wypuklenia wskazanie do co rychlejszego upustu krwi. *Stahr.*

J. Guiart i Ch. Garin. **Odczyn Webera i włosogłówka.** (*Sem. médic.* 1909, Nr 35). Biologia niektórych robaków, żyjących w przewodzie pokarmowym człowieka, a w szczególności włosogłówki, pozwalała z góry na przypuszczenie, że w kale chorego, zakażonego włosogłówką, znajdować się powinna krew. Otóż autorowie przekonali się, że ani razu nie zdarzyło im się spotkać takiego przypadku, gdzieby w kale znaleźli jaja włosogłówki, a nie stwierdzili równocześnie, w pewnej chwili, odczynu Webera. Dodatek ten »w pewnej chwili« wymaga objaśnienia. Otóż trzy razy zdarzyło się autorom znaleść jaja włosogłówki w kale, a równocześnie stwierdzać odczyn Webera wątpliwy lub ujemny. Jednakże później od czasu do czasu ponawiane badania kału zawsze kończyły się dodatnim odczynem Webera. Zdaje się więc, że włosogłówka wywołuje krwawienia z przerwami. Okoliczność ta, że włosogłówka wywołuje odczyn Webera, ma wielką doniosłość kliniczną, bo nie wolno odtąd na mocy samego odczynu Webera rozpoznawać raka lub wrzodu przewodu pokarmowego, nie wyłączywszy wprzód jaj włosogłówki w kale. — Autorowie mają zająć się odczynem Webera w stosunku do innych robaków, żyjących w przewodzie pokarmowym człowieka. *Stahr.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIX. posiedzenie naukowe z dnia 29. października 1909.

Przewodniczący zaprasza członków do wzięcia udziału w Zjeździe pedagogicznym, w którym Towarzystwo weźmie urzędownie udział.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorego **z toczniem rumieniowym** (*lupus erythematosus s. agregatus*); omawiając tę chorobę i jej leczenie; *b*) chorą z typową **wysypką bromową** na całem ciele; *c*) chorego, dawniej już przedstawionego, **z mnogimi mięsakami skóry** (*sarcoma multiplex idiopathicum*); chory ten jest obecnie po raz trzeci w klinice; dzięki leczeniu arszenikowemu nastąpiła znaczna poprawa. — W dyskusyi omawia kol. Ruff podobny przypadek, gdzie pod wpływem promieni Röntgena nastąpiło zupełne wyleczenie.

II. Kol. A. Rydygier (jun.) przedstawia: *a*) chorego po **wyjęciu sztucznych zębów z przełyku** zapomocą ezofagostomii zewnętrznej; *b*) chorą z **nawrotem złośliwego wola** po wykonanej dawniej operacyi.

III. Kol. Prof. Wiczkowski przedstawia chorą z typową **polyserositis.** Prelegent przypomina analogiczne przypadki dawniej przedstawiane, oraz swój pogląd na całą sprawę, jako sprawę pochodzenia toksycznego. Dany przypadek zużytkuje W. do doświadczeń na zwierzętach. — W dyskusyi przemawiali kol. Münzer, Selzer i Prof. Gluziński.

IV. Kol. Prof. Gluziński: **Kilka uwag o obrazie klinicznym w okresie przejściowym u kobiet** (*climacterium*) **w związku z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego gruczołów bez przewodu.** Prelegent od dłuższego czasu zwracał uwagę na stosunek wzajemny jajników, nadnerczy i gruczołu tarczowego. Gdy przy ciąży i rozwoju płciowym powstają objawy hypertyreoidyzmu, to przy ustaniu czynności narządu płciowego występują nieraz objawy słabsze lub silniejsze stanu śluzowatego (*status myxoedematosus*). Za tem przemawia szereg spostrzeżeń klinicznych i sekcyjnych. Objawy zmniejszają się, gdy zjawia się miesiączka. Prelegent przytacza przykłady z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń. Stąd wynika potrzeba leczenia szeregu objawów, uważanych za nerwowe, zapomocą tyreoidyny, co też G. z korzyścią stosował. Na zasadzie objawów klinicznych przypuszcza G. również związek między jajnikami, a nadnerczem. — W dyskusyi zabiera głos kol. Selzer M., omawiając stosunek gruczołu tarczowego do trzustki, i Prof. Mars.

V. Kol. Mahl jun. przedstawia łatwo gnący się srebrny **zgłębnik do cewki moczowej,** który może łatwo zastąpić gumowy. — W dyskusyi przemawiał kol. Leńko.

VI. Kol. Jedlicka przedstawia chorą z ogromnych rozmiarów **naczyniakiem mięsakowym** (*angiosarcoma*) na szczęce dolnej.

XXX. posiedzenie naukowe z d. 5. listopada 1909.

I. Kol. Czyżewicz jun. przedstawia chorą 65-letnią **z wypadnięciem macicy,** trwającem kilka lat i następowo rozwiniętym **rakiem części pochwowej.**

II. Kol. Prof. Raczyński: **Nowoczesne urządzenia w klinikach dziecięcych.** Prelegent przedstawia historyę rozwoju klinik dziecięcych, a więc rodzaje urządzeń ambulatoryów, w których jednem z najważniejszych zadań jest zapobieganie przenoszeniu chorób zakaźnych z jednego dziecka na drugie. Omawia urządzanie sal chorych, osesków i mamek; następnie, podnosząc koleje, jakie przechodziły rozmaite urządzenia z żywieniem osesków, opisuje urządzenia, najlepiej nadające się do tego celu. W końcu omawia urządzenia nowo otwartej kliniki dziecięcej, w której posiedzenie się odbyło.

III. Zwiedzanie kliniki.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 8. września 1909.

Przewodniczący: Kol. K. Jasiński, sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Goldman przedstawił 3 preparaty usuniętych **wyrostków robaczkowych.** W 2 przypadkach wyrostek był przedziurawiony.

2. Kol, M. Cohn omówił przypadek **wycięcia wyrostka robaczkowego** u 40-letniego mężczyzny.

3. Z okazyi przedstawienia wymienionych preparatów wywiązała się ożywiona dyskusya, której przedmiotem były pytania, kiedy w przypadkach zapalenia kiszki ślepej należy przystąpić do operacyi i kto w tym przypadku powinien o potrzebie operowania rozstrzygać: chirurg, czy internista.

Zdaniem kol. Goldmana każdy przypadek należy indywidualizować i, o ile można, obierać do operacyi odpowiednią chwilę, aby módz operować na zimno. — Kol. M. Cohn wypowiedział pogląd, że wogóle należy przystępować do operacyi w ciągu pierwszych 48 godzin, o ile w przebiegu choroby nie zajdzie zmiana na lepsze w stanie tętna, o ile nie obniży się ciepłota i nie zniknie bolesność. Jakkolwiek w 80% przypadków zapalenia kiszki ślepej cierpienie przechodzi w stan zimny, jednakże należy, zdaniem kol. C., operować wcześnie, ponieważ nie mamy pewności, że dany przypadek należeć będzie do odsetek tej rubryki, której przypadki przechodzą w stan zimny. — Kol. Rosenthal zwraca uwagę na to, że nieraz na decyzyę operowania wywiera wielki wpływ otoczenie chorego, które zwykle zwleka z przyzwoleniem na operacyę.

W sprawie, kto ma rozstrzygać o potrzebie operowania w przypadkach zapalenia kiszki ślepej, zdania również były podzielone.

Kol. Goldman wypowiedział pogląd, że internista powinien być dobrze obeznany z metodą badania i z patologią zapalenia kątnicy, aby mógł się oryentować i aby od niego wychodziła decyzya o wskazaniach do operacyi. — Kol. M. Cohn był innego zdania. według niego w tych przypadkach decydować powinien tylko chirurg. — Przewodniczący kol. K. Jasiński zauważył, że pytanie, kto powinien rozstrzygać, jest źle postawione i zasadniczo rozwiązać się nie daje. W każdym bowiem poszczególnym przypadku zawsze decydować będzie osobisty pogląd lekarza. Gdy bowiem przy łożu chorego zajdzie jaka wątpliwość, wówczas nie zasada, lecz osobisty pogląd lekarza stanowić będzie o tem, czy należy szukać oparcia o chirurga, czy też korzystać z zasobów wiedzy lekarza-internisty.

4. W końcu posiedzenia balotowano kolegów: Abrutina i W. Bernarda. Na 14 głosujących kol. Abrutin przeszedł wszystkimi głosami, kol. Bernard — 10 głosami, 4 kolegów powstrzymało się od głosowania.

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Najwyższa Rada Zdrowia.

W d. 6 listopada ogłosiła »Wiener Zeitung«, że do Najwyższej Rady Zdrowia powołało Ministerstwo spraw wewnętrznych dalszych siedmiu członków zwyczajnych. Do tego dołączono następujący komentarz urzędowy: »Wielostronne, wzrastające zadania, które oczekują Rady fachowe, współdziałające z Ministerstwem spraw wewnętrznych, spowodowały powiększenie liczby członków Rady Zdrowia o dalszych siedmiu członków tak, że obecnie Najwyższa Rada Zdrowia składa się z 49 członków. Rada ta zajmie się przedewszystkiem zmianą regulaminu, ponieważ większość spraw odtąd będzie przedyskutowana nie na plenarnych posiedzeniach, lecz w specyalnych fachowych komitetach. Komitety te będą liczyły tylko 6—12 członków i będą im przydzielone specyalne grupy spraw. Do tych specyalnych komitetów fachowych w razie potrzeby mogą być przydzielani jeszcze także nadzwyczajni członkowie. Dla plenarnych posiedzeń zastrzeżone są przedmioty, dotyczące wogóle organizacyi kwestyi sanitarnych, jakoteż takie, które ze względu na swe specyalne znaczenie będą przez poszczególne komitety przedkładane plenarnemu posiedzeniu do powzięcia uchwały. W ten sposób z jednej strony będzie możliwe znaczne przyspieszenie toku spraw — z drugiej postępowanie to da możność wybierania do pojedynczych komitetów fachowych właśnie tych osobistości, które ze względu na swe specyalne naukowe i praktyczne kwalifikacye, specyalnie są powołane do zaopiniowywania dotyczących spraw«.

Z Galicyi powołano do Najwyższej Rady Zdrowia oprócz obu dotychczasowych jej członków, Prof. Dra Kostaneckiego i Prof. Dr Łukasiewicza, — czterech jeszcze członków zwyczajnych: rektora uniwersytetu Dra Józefa Łazarskiego z Krakowa, Dra Feliksa Sielskiego ze Lwowa, dyrektora powszechnego szpitala krajowego Dra Józefa Starzewskiego ze Lwowa i lekarza miejskiego Dra Józefa Walczyńskiego z Tarnowa.

W ten sposób przynajmniej częściowo uchylono krzywdę, jaka zagrażała naszemu krajowi przez niedostateczne liczebne jego przedstawicielstwo w naczelnej korporacyi sanitarnej. Naprawienie złego zawdzięczać należy stanowisku, jakie w tej sprawie zajęli obaj dotychczasowi galicyjscy członkowie Rady Zdrowia, oraz energicznym krokom JE Ministra dla Galicyi Dra Dułęby, prezesa Koła polskiego w Wiedniu Prof. Dra Głąbińskiego i JE Namiestnika Dra Bobrzyńskiego. Gorliwa i skuteczna ta obrona najżywotniejszych interesów kraju zjednać musi najżywsze uznanie nietylko kół lekarskich, ale także najszerszych sfer naszego społeczeństwa. Należy mieć nadzieję, że starania o dalsze zwiększenie liczby przedstawicieli naszego kraju w Najwyższej Radzie Zdrowia nie ustaną dopóty, dopóki stosunek liczebny członków z różnych krajów nie zostanie zupełnie zrównoważony i że słusznym żądaniom naszym uczynią władze centralne stopniowo zadość, ku czemu nawet jeszcze w ciągu najbliższej trzechletniej kadencyi Rady może się nasunąć sposobność.

Konstytuujące posiedzenie Najwyższej Rady Zdrowia zwołane zostało na 13. b. m. Posiedzenie to ma niemałą dla interesów naszego kraju wagę, ponieważ na niem wybrane będą specyalne komitety, wspomniane w komunikacie urzędowym, obdarzone pewną samodzielnością, a w każdym razie na dalsze losy powierzonych sobie spraw mające wpływ przeważny. Otóż byłoby rzeczą bardzo doniosłą, żeby w tych komitetach, w których ważyć się będą sprawy, szczególnie kraj nasz obchodzące, zasiedli także przedstawiciele Galicyi. Gdyby bowiem to nie nastąpiło, wtedy mogłyby interesa kraju nieraz być na szwank narażone. A takich komitetów, które powinny w swych obradach uwzględniać odrębności kulturalne, sanitarne i ekonomiczne ludności galicyjskiej, jest kilka wśród projektowanych 16 — jak słychać — komitetów. I tak dotyczy to: komitetu dla sprawy zwalczania chorób zakaźnych; komitetu dla sprawy zaopatrzenia ludności w dobrą wodę; dla spraw higieny szkolnej; dla sprawy zakładów leczniczych i humanitarnych; dla sprawy żywienia się ludności.

Skład komitetów zależy od dokonanych przez Najwyższą Radę Zdrowia wyborów; przypuszczać należy, że grono to okaże przytem większe zrozumienie sprawy, niż je zrazu okazał rząd centralny i że będzie umiało ocenić znaczenie udziału przedstawicieli Galicyi w naradach nad tymi przedmiotami, które wymagają uwzględnienia lokalnych odrębności. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich odbyło się d. 22. X. b. r. posiedzenie Wydziału dla spraw bytu materyalnego lekarzy. Na porządku dziennym była sprawa ustępstw dla Związków i Stowarzyszeń od uchwalonych opłat lekarskich. Do licznych kolegów zwrócił się Związek rzemieślników chrześcian, liczący z górą 4000 członków, z odpowiednią ofertą. Sprawę referował kol. Józef Zawadzki, poddając pod rozwagę obecnych, czy wogóle należy odstąpić dla kogokolwiek od dopiero co uchwalonych opłat minimalnych wobec istnienia w mieście szpitali, ambulatoryów i lecznic dla niezamożnych; czy skutkiem ustępstw sprawa, będąca dziś na bardzo dobrej drodze, nie zeszłaby na manowce. Każdy lekarz może z dobrej woli w poszczególnym przypadku uczynić ustępstwo od norm przyjętych; jednakże ryczałtowe ustępowanie dla związków, obejmujących ludzi rozmaitej zamożności, mogłoby wyrodzić wśród lekarzy niezdrową konkurencyę pieniężną, zamiast jedynej dopuszczalnej konkurencyi, opartej na wartości naukowej i troskliwości o chorego. Dr St. Markiewicz zaznaczył, że ambulatorya i lecznice dla niezamożnych nie rozstrzygają sprawy udzielania porad obłożnie chorym, i że za granicą wszędzie istnieją związki, zapewniające swym członkom pomoc lekarską na warunkach wyjątkowych; z grup takich wyłączone są osoby, mające dochody powyżej pewnej określonej kwoty. Kol. Rosenthal był zdania, że należy wybrać komisyę, któraby wypracowała normy stosunku między Stowarzyszeniem a związkami. Reszta mówców była przeciwna jakimkolwiek ustępstwom od norm przyjętych przez Stowarzyszenie i ostatecznie znaczną większością głosów uchwalono nie czynić żadnych ustępstw od opłat minimalnych. *W. K.*

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich wygłosił dnia 29. X. b. r. Dr Hewelke odczyt: **O błędności objaśnienia pewnych zwyczajów i obrzędów starożytnych z punktu widzenia higieny współczesnej.** Wiek obecny, wiek pary i elektryczności, nazwać można jeszcze wiekiem higieny. W ostatnich czasach tyle się mówi i pisze o higienie, że wytwarza się wprost fanatyzm na drodze ochrony zdrowia. Pierwszem dziełem naukowem o higienie była praca Franka (1770): »System der medicinischen Polizei«, wcześniejsze prace lekarskie zasad higieny zupełnie nie uwzględniają; można śmiało powiedzieć, że przed ukazaniem się dzieła Franka zarządzeń higienicznych wogóle nie wydawano. Czy wobec tego można uważać jakiekolwiek prawo, wydane w czasach dalekiej przeszłości, za zarządzenie, mające coś wspólnego z higieną, pojętą w sensie współczesnym? Prelegent przeczy temu stanowczo. Cyrus, według opisu Herodota, woził z sobą na wyprawy w naczyniach srebrnych wodę przegotowaną jedynie w obawie przed otruciem; Persowie zabraniali oddawać mocz i pluć do rzeki, a nawet myć w niej ręce, gdyż uważali wodę bieżącą za poświęconą bóstwu; Grecy uprawiali gry ruchowe jedynie przez kult dla kształtów ciała. Jeżeli te obyczaje zbiegają się z obecnemi naszemi pojęciami, to jest to wprost dziełem przypadku, bynajmniej zaś wnosić nie należy, żeby już podówczas miano pojęcie o korzyściach zdrowotnych tych zwyczajów. To samo dotyczy obrządków rytualnych mozaicznych. Mojżesz przyoblekał w formę prawną przyjęte w narodzie hebrajskim, u Egipcyan, Fenicyan i Syryjczyków obyczaje, nie upatrując w nich korzyści sanitarno-higienicznych. Obrzezanie, mające jakoby zapobiegać stosunkowo rzadkim przypadkom stulejki i załupka, przeprowadzano w sposób, nie świadczący o konsekwencyi myśli higienicznej, a było ono wogóle w zwyczaju u większości narodów wschodu na 3000 lat przed Chrystusem. O tem, żeby zakaz spożywania wieprzowiny wynikał z możliwości zapadnięcia na tasiemca lub włośnicę (trychiny), nie wiadomo. Zakaz spożywania niektórych zwierząt, ryb, owoców, powtarza się u różnych narodów zupełnie bez myśli higienicznej (kapłani w Egipcie nie jadali ryb, na bób i fasolę nawet patrzeć im nie wolno było); zakaz jadania niektórych części zwierząt wynikał z pobudek religijnych, gdyż części te były składane bogom na ofiarę (*os sacrum*); za zjedzenie krwi karano nawet śmiercią.

W starożytności powtarza się bardzo często co do niektórych rzeczy określenie »czysty«, »nieczysty«. Nieczystą jest kobieta miesiączkująca; niewolno się było do niej zbliżać, ani jej niewolno było zbliżać się do innych; Mojżesz zabraniał obcowania z kobietą miesiączkującą. Dotąd przetrwały przesądy pod tym względem; stosuje się to głównie co do stosunków płciowych z kobietą miesiączkującą, chociaż żadnych przeciwwskazań do tego najpoważniejsze i najobszerniejsze podręczniki ginekologii nie wymieniają. Hipokrates radził nawet w celu łatwiejszego zajścia w ciążę spółkowanie w pierwszych dniach miesiączkowania. Bondelle (1898) wprost oświadcza, że przeciwwskazania pod tym względem niema. Pojęcie »nieczysty« łączy się stale z pojęciem »bogu poświęcony«: »tabu« — »nietykalny«. Ziemia jest tabu. Tabu jest izolatorem pomiędzy bóstwem a człowiekiem; kto się go dotknie, ten staje się nieczysty, grzeszny.

Posty, w których również niektórzy upatrują związek z higieną odżywiania, są w zupełnej sprzeczności z naszemi pojęciami o przemianie materyi i wynikają jedynie z pobudek religijnych. Ryba jest godniejszą od mięsa zwierzęcego; pierwsi chrześcijanie mieli za godło rybę. W VIII wieku papież zabronił spożywania mięsa końskiego, widząc w tem obyczaj pogański, rozpowszechniony wśród Germanów. Kazirodztwo jest karane, chociaż wiadomo, że w dawnych czasach było dozwalane, a współczesna biologia bynajmniej nie potwierdza złego wpływu kazirodztwa na potomstwo.

Kol. Nusbaum podnosi wartość odczytu pod względem uświadomienia tych zwolenników przesądów rytualnych, którzy na obronę obrządków przytaczają rzekome ich znaczenie higieniczne. Obrządki powinny być rozpatrywane na tle epoki, kiedy powstały, jak to czyni prelegent, a nie na gruncie naszych pojęć współczesnych. Poglądów higienicznych prawodawcy mieć nie mogli, bo nie było nauki higieny; nie było pojęć o zapobieganiu chorobom, które uważano za dopust lub karę Bożą. Kol. Polak, potwierdzając niektóre wywody prelegenta, np. co do postów, które mają znaczenie mortyfikacyjne, a więc są nawet antyhigieniczne — nie może innym przepisom w zupełności odmówić pierwiastka higienicznego. Wiadomo, że Mojżesz w celu tępienia zarazy wprost zabijał ludzi zarażonych, w czem okazuje się nawet kontagionistą; również gimnastyka u Greków miała w części znaczenie zdrowotne: Hipokrates dla zdrowia zalecał kąpiele i gimnastykę. Kol. Heiman widzi pierwiastek higieniczny w nakazywaniu kąpieli dla kobiet i w nakadzaniu. Ludy przyoblekały te zarządzenia w szatę religijną, nie mając na ich poparcie zdobyczy naukowych, jakiemi obecnie rozporządzamy. Wreszcie cała medycyna należała początkowo do kapłanów. Kol. Jaworski twierdzi, że empirycznie spostrzeżono, iż spółkowanie z kobietą w okresie miesiączkowania bywa nie bez szkody dla obydwu stron. Stosunek powiększa przekrwienie narządów podbrzusza. Krwistek okołomaciczny jest wprost następstwem stosunku podczas miesiączkowania. Ci, co zakaz podobny wydawali, byli niewątpliwie higienistami. Kol. Mesz widzi w koszerowaniu mięsa przepis higieniczny; również w zwyczaju kąpieli lub obmywania nóg przed wejściem do domu. Prelegent i kol. Nusbaum raz jeszcze zaznaczają, że nie można z tego, iż pewnym zwyczajom trudno odmówić wartości higienicznej, twierdzić, że powstały one z dbałości o zdrowie ludności, a więc miały być skutkiem wiadomości higienicznych. *W. K.*

Z projektu nowej ustawy karnej austryackiej przytacza »Wiener medizinische Wochenschrift« (Nr 43) postanowienia, dotyczące lub obchodzące lekarzy. Nowe jest postanowienie §. 295, że nie podlega karze lekarz, który wywołuje poronienie, aby ciężarną uratować od śmierci lub ciężkich trwałych szkód na zdrowiu, oraz §. 325, nakładający karę na tych, którzyby kogoś leczyli (ärztlich behandeln) wbrew jego woli, czy to wyraźnie objawionej, czy też odgadnąć się dającej. Projekt usuwa dotychczasowy §. 358 u. k., dotyczący »zaniedbania« chorego przez lekarza. §. 403 projektu nakłada obowiązek tajemnicy nietylko na lekarzy ordynujących, ale także na słuchaczy medycyny, oraz na służbę i dozorców chorych; nie wspomina zaś wcale o wyjątku co do tajemnicy lekarskiej wobec »urzędowo zapytującej władzy«, zastrzeżonym w obecnym §. 498 u. k. (Należałoby jednak znieść także dekret kanc. nadw. z 23. IV. 1813, nakładający na lekarzy obowiązek dawania władzom wyjaśnień co do chorych). Sprawa partactwa i przymusu zawodowego przedstawia się w projekcie w sposób następujący: §. 464 nakłada karę aresztu do 4 tygodni lub grzywnę do 300 kor. na 1) tych, którzy trudnią się zawodowo (»gewerbemässig«) leczeniem lub babieniem, nie nabywszy w tym kierunku wykształcenia, obowiązującego w państwie, lub równorzędnego wykształcenia zagranicą, oraz tych, którzy bez tego wykształcenia publicznie swe usługi ofiarują; 2) tych, którzy stosują, sprzedają, puszczają w obieg lub drukiem ogłaszają lek tajny lub przez władze zakazany; 3) tych niepowołanych, którzy narkotyzują, hipnotyzują

lub w inny sposób osłabiają wolę i świadomość drugich osób; 4) tych, którzy w celu doświadczeń naukowych użyją u innej osoby środka, narazić ją mogącego na uszkodzenie cielesne lub szkodę na zdrowiu; 5) na lekarzy i położne, odmawiające lub odwlekające pomoc w nagłych przypadkach bez dostatecznego powodu. — §. 465 nakłada podobne kary (ale zaostrzając je ewentualną grzywną do 500 kor. obok kary aresztu) za kłamliwe wychwalanie drukiem skuteczności jakiegoś środka, sposobu leczenia, lub postępowania lekarskiego. (W tych postanowieniach brak określenia, zawartego w dawnym §. 343: »nieuprawnione« wykonywanie sztuki lekarskiej, przez co powstaje pewna niejasność, bo zdawaćby się mogło, że lekarz, nie będący obywatelem austryackim [a więc nie mający prawa praktykować], może jednak w Austryi wykonywać swój zawód). §. 466 projektu zagraża aresztem do 2 tyg. lub grzywną do 300 kor. lekarzom, położnym i oglądaczom zwłok, którzyby nie donieśli władzy o przypadku, budzącym przypuszczenie czynu karygodnego. Pominięto tu dotychczasowy przepis §. 359 u. k., że doniesienie ma być »niezwłoczne«.

Z projektu ustawy wykonawczej zasługuje na uwagę zniesienie całego szeregu przestarzałych ustaw i rozporządzeń, (pominięto tu jednak wiele bardzo starych, dotąd wyraźnie nie zniesionych, coby jednak należało uczynić, jak dekrety kanc. nadw. z 23. VII. 1782 i 2. XI. 1808), oraz art. XL VIII, dotyczący odebrania prawa wykonywania zawodu (a więc — co do lekarzy — prawa praktyki). Odebrać je może władza administracyjna na rok jeden do dziesięciu (wyjątkowo nawet na zawsze), jeżeli ktoś nadużył swych wiadomości zawodowych do popełnienia zbrodni lub takiego występku, który podpada karze przeszło półrocznego więzienia, lub też występku przeciw bezpieczeństwu zdrowia przez środki żywności i przedmioty użytkowe. Jeżeli zaś ktoś popełnił występek, podpadający karze przeszło półrocznego więzienia, przez brak wymaganych wiadomości w zakresie swego zawodu, wówczas może mu władza zakazać wykonywania zawodu dopóty, dopóki nie udowodni, iż brak uzupełnił. *R.*

Lekarze na pograniczu austryacko-rosyjskiem, jakoteż zamieszkali w większych, a od granicy nieodległych miastach, zwłaszcza we Lwowie i w Krakowie, bywali niejednokrotnie wzywani przez ludność nadgranicznych okolic pod panowaniem rosyjskiem. Dla ludności tej było to często ułatwieniem, a nieraz dobrodziejstwem, że mogła mieć pomoc lekarską z Galicyi, zwłaszcza w tych powiatach Królestwa i Podola, gdzie lekarzy jest mało i trudno nieraz ich dostać, oraz w cięższych przypadkach operacyjnych i w razie potrzeby narady lekarskiej z wybitnym specyalistą. W ostatnich jednak czasach poczęły władze rosyjskie pomoc taką bardzo utrudniać przez wymaganie szczególnych formalności paszportowych. Podjęto przeto starania o ułatwienia, a sprawa drogą dyplomatyczną oparła się aż o Petersburg. Niestety, jak się dowiadujemy z dobrego źródła, starania te nie odniosły skutku, a władze rosyjskie oświadczyły, że ściśle przestrzegać będą przepisu, nakazującego każdemu cudzoziemcowi, wyjeżdżającemu z Rosyi (a więc i lekarzom, wezwanym choćby na parę godzin), postarać się o zawizowanie pasportu przez policyę rosyjską. Wiadomość tę podajemy dla uchronienia interesowanych kolegów od niemiłych niespodzianek. *R.*

XVII. Wiec Stowarzyszeń lekarskich austr. (Ärztevereinstag) odbędzie się w Wiedniu d. 24. XI. b. r. w lokalu Izby lekarskiej wiedeńskiej (I. Börsegasse 1).

Wiedeńska Kasa chorych lekarzy wypłacać może według nowego statutu zasiłek w kwocie 8 koron w razie jednej i tej samej choroby przez cały nawet rok. W Kasie tej założono fundusz dla członków, potrzebujących pomocy i uzyskano, że 4 sanatorya (Löw, Fürth, »Hera« i Luithlen) przyjmują lekarzy na znacznie zniżonych warunkach do leczenia. *X.*

Patronom chirurgii wolno było praktykować wedle ustawy z dn. 24. kwietnia 1827 jedynie wtedy, jeżeli wykazać się mogli stałą posadą. Obecnie ministeryum spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, dozwalające na wykonywanie praktyki lekarskiej pensyonowanym patronom chirurgii, którzy byli dawniej lekarzami miejskimi lub gminnymi, ale tylko wyjątkowo za zezwoleniem odpowiedniej Izby lekarskiej i to w przypadkach, gdy przez to byt obecnego lekarza gminnego nie zostaje zagrożony. *X.*

Ubezpieczenie przeciw gruźlicy w Szwecyi. Szwedzkie towarzystwo asekuracyjne Trygg postanowiło ułatwić ubezpieczającym się na życie leczenie się na gruźlicę, dając swym klientom możność leczenia się w uzdrowiskach. A myśl tę wykonało w ten sposób: Przedewszystkiem musi dana osoba ubezpieczyć się co najmniej na 500 K. i musi przez lekarza towarzystwa uznana być za zdrową w chwili zawarcia ubezpieczenia. Dodatek za asekuracyę na wypadek gruźlicy wynosi 5 do 10 erów tygodniowo, zależnie od wieku ubezpieczonego, zaś świadczenia na leczenie otrzymać może klient dopiero po 2 latach najwcześniej. Jeśliby ubezpieczony zapadł na gruźlicę po 2 latach i stał się przez to niezdolnym do pracy, to gaśnie obowiązek płacenia premii, a ubezpieczony dostaje nadto 250 K., albo umieszcza go towarzystwo w uzdrowisku, płacąc za niego 250 K. Jestto zaliczka na sumę ubezpieczoną, którą towarzystwo w chwili płatności policy lub na wypadek śmierci ubezpieczonego, z sumy ubezpieczonej potrąca. Wyniki, jakie się uzyska tą drogą, nie dadzą się na razie ocenić. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca września 1909 .	478,297	285,494
We październiku 1909	650	5,000
Razem .	478,947	290,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. X. do 30. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 26 † 6 (4 † —), odry 127 † 9 (1 † —), duru brzusznego 7 † 2 (3 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. X. do 6. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 4 (w tem obcych 7 † 4), płonicy 12 † 2 (7 † 1), odry 6 (1), duru brzusznego 4 † 2 (3 † 2), czerwonki 1 (1), gorączki połogowej 1, jaglicy 3,

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 10. XI. 1909 posiedzenie, na którem Dr Radliński przedstawił przypadki przepukliny kątnicy u dziecka, gruźlicy nerki (jeden z nich operowany) i resekcyi jelita z powodu przepukliny uwięzniętej, Dr Nüssenfeld przypadki cholecystektomii i splenektomii, Dr Broniatowski przypadek złamania szyjki kości udowej, Dr Hładij rentgenogramy i przypadek złamania kręgu lędźwiowego, Dr Biskupski dwa przypadki zapalenia szpiku.

— Dyplom doktorski uzyskał na wydziale lekarskim p. Antoni Krasowski, rodem z Zakrzowa w Król. polskiem.

— Kalendarz lekarski krakowski ukaże się z druku około 20 listopada.

Lwów. Przedmiotem obrad Krajowej Rady Zdrowia na posiedzeniu w d. 6. XI. 1909 była sprawa rekonstrukcyi szpitala w Tarnowie, podwyższenie taks szpitalnych w Kałuszu, Złoczowie, Brzeżanach, Gorlicach i Zaleszczykach, sprawa grobowca rodzinnego w Steniatynie, sprawa obsadzenia posady koncepisty sanitarnego, sprawa zwalczania matołectwa w kraju i zarządzenia asanacyjne i sanitarne w powiatach nadgranicznych. Jak wiadomo, rząd i kraj przeznaczyły w r. b. fundusze na próby leczenia matołectwa tyreoidyną; na próby te wybrano Nowotarszczyznę, gdzie dobrano 28 odpowiednich przypadków; leczeni otrzymują odpowiednie pożywienie, a znajdują się pod stosowną opieką i pod nadzorem lekarza powiatowego. Co do urządzeń asanacyjnych i sanitarnych w powiatach nadgranicznych, to wykonano je z funduszów rządowych; z powodu zagrażającej cholery udzieliło ministeryum spraw wewnętrzn. na ten cel osobno 50.000 kor.

— Izba lekarska wschod.-gal. uchwaliła podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% i ogłosiła to postanowienie w prasie codziennej.

— Niewygasła jeszcze epidemia płonicy we Lwowie była przedmiotem obszernych a żywych rozpraw w radzie miejskiej na tle sprawozdania komisyi dla sprawy płonicy, przedstawionego przez r. m. Doc. Dra Piaseckiego. Uchwalono w końcu wnioski komisyi, t. j. 1) prosić posłów parlamentarnych o przy-

spieszenie ustawy o chorobach zakaźnych za pośrednictwem Koła polskiego; 2) prosić posłów sejmowych polskich o przyspieszenie organizacyi okręgów sanitarnych w kraju, zwłaszcza w pobliżu Lwowa; 3) wezwać prezydyum miasta, by przyspieszyło przyłączenie gmin podmiejskich do Lwowa, regulacyę dzielnicy III i udoskonalenie systemu czyszczenia miasta; 4) wezwać fizykat, by nadal stale stosował środki zapobiegawcze, jak stały nadzór lekarski nad odkażaniem, kartki ostrzegające na mieszkaniach zakażonych, zamykanie sklepów i pracowni zakażonych, pogotowie baraków epidemicznych; 5) wezwać komisyę sanitarną miejską, by w terminie 2-miesięcznym przedłożyła projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia.

— Miejska komisya sanitarna rozpatrywała 6. XI. b. r. sprawę epidemii płonicy, która ponownie się wzmogła, epidemii kuru, która grasuje bardzo silnie od początku października, i odry, dla której brak dostatecznego pomieszczenia w szpitalach. Następnie uchwaliła komisya projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia, opracowany przez Dra Legeżyńskiego, Mikołajskiego, Piska i Starzewskiego, a spożytkowujący spostrzeżenia, zebrane za granicą w czasie podróży tego grona, wysłanego w tym celu umyślnie na koszt miasta. Projekt ten nadaje miejskiemu urzędowi zdrowia w sprawach sanitarno-administracyjnych zupełną samodzielność z prawem wydawania zarządzeń stanowczych, równa podział sanitarny miasta z podziałem administracyjnym (dotąd bylo dzielnic sanitarnych 7, a administracyjnych 5), przeznacza lekarzom dzielnicowym czynności lekarzy sanitarnych, epidemicznych i szkolnych, a obok nich stwarza »lekarzy ubogich«, jako urzędników niestałych, mających obok leczenia ubogich oglądać zwłoki i współdziałać w zwalczaniu chorób zakaźnych oraz funkcyonaryuszy sanitarnych, przydzielonych do każdej dzielnicy. Osobne instrukcye dotyczą okulisty i dentysty miejskiego, lekarzy zakładów miejskich i miejskiej pracowni chemiczno-bakteryologicznej.

— »Komitet Towarzystw polskich«, działający obok i w porozumieniu z »Komitetem galicyjskim« w sprawie udziału Polski w III międzynarodowym Zjeździe dla higieny szkolnej w Paryżu, a obejmujący wszystkie trzy dzielnice polskie, uzyskał od Komitetu paryskiego zapewnienie, iż w publikacyach urzędowych zajmie miejsce równorzędne z komitetami państwowymi i że dwóch Polaków będzie powołanych na honorowych wiceprezesów Zjazdu. »Komitet Towarzystw polskich« wyda ilustrowaną francuską broszurę o warunkach higienicznych szkolnictwa polskiego celem rozdania między uczestników Zjazdu. Prezesem komitetu jest Prof. Dr Twardowski, sekretarzem Doc. Dr Eug. Piasecki (Lwów, ul. Trzeciego Maja 2).

Warszawa. Wydział III Towarzystwa naukowego warszawskiego odbył w d. 4. XI. posiedzenie, wypełnione przedstawieniem prac treści ściśle przyrodniczej. Komisya meteorologiczna tegoż Wydziału odbyła posiedzenie w d. 30. X.; na posiedzeniu tem mówił m. i. p. S. Landau: »O spostrzeżeniach nad promieniotwórczością atmosferyczną w okolicy Ojcowa i Olsza«.

— Kol. Maryan Eiger otrzymał po obronie rozprawy p. t. »Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych« stopień doktora medycyny uniwersytetu moskiewskiego.

— Komisya miejska dla reformy szpitalnictwa uznała za konieczne rozszerzenie szpitala zakaźnego św. Stanisława przez dokupienie gruntów, budowę 2 pawilonów (w każdym po 70—100 łóżek) i budynku gospodarczego, ogólnym kosztem 350.000 rubli.

— Komisya, powołana przez magistrat do wypracowania projektu pomieszczenia szkół początkowych, oświadczyła się za koniecznością budowy gmachów szkolnych; obecnie bowiem z 214 szkół tylko 34 ma własne budynki, a reszta mieści się w lokalach najętych (!) (Zdrowie 11).

— Przy głównym kolektorze kanałowym pod Bielanami ma być w r. b. zbudowany osadnik. (Zdrowie 11).

— W ostatnim roku (od 14. VIII. 1908 do 14. VIII 1909) było w szpitalach warszawskich 1,139,122 dni szpitalnych; koszt jednego dnia wynosił 96.34 kop. (Zdrowie 11).

— Pod Warszawą powstaje nowe letnisko w leśnictwie Zakroczymskiem.

— Do zarządu »Ligi przeciwgruźliczej« w Łodzi zostali wybrani: prezesem adw. Babicki, wiceprezesem p. Leonhardt, sekretarzem Dr S. Sterling. »Liga« postanowiła założyć pod Łodzią sanatoryum ludowe na 100 miejsc kosztem 200.000 rb., oraz utworzyć dyspensatorya.

— Bł. p. Joachim Potok zapisał 20.000 rb. na budowę szpitala izrael. w Będzinie.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi lekarskiej »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 12. XI. b. r. znajdowały się wykłady: Dr Zawiszy: »Badanie moczu przy gruźlicy nerek« i Doc. Dra Z. Orłowskiego: »W kwestyi odczynu Cammidgea«, oraz obrady nad powiększeniem funduszów na budowę szpitala polskiego w Petersburgu i nad utworzeniem wydziału technicznego w »Związku«.

— W Berlinie głośną obecnie jest sprawa pewnego lekarza chorób usznych, który zatrzymał pewnej rosyance jej trąbkę uszną w zastaw, albowiem nie miała przy sobie odpowiedniej kwoty na zapłatę honoraryum. *X.*

— Nagrodę 1000 lirów ustanowił Prof. Cozzolino za najlepszą pracę nad otosklerozą, jaka ukaże się na kongresie otologicznym w Bostonie w r. 1912. *X.*

— Magistrat miasta Pesztu uchwalił utworzyć 40 posad lekarzy szkolnych dla szkół ludowych. W szkołach średnich peszteńskich już oddawna istnieją lekarze szkolni. Starający się o te posady odbyć muszą przedtem 3-miesięczny kurs w zakładzie higieny. *X.*

— Prezes komitetu gospodarczego Zjazdu peszteńskiego, Prof. Dr Koloman Müller, otrzymał od rządu madziarskiego dziedziczny tytuł barona, a sekretarz gen., Prof Dr Grosz — godność radcy dworu.

Mianowani: Anatom Doc. Sommer z Würzburga profesorem w Charkowie, Dr Honwink profesorem dermatologii w Amsterdamie;

asystentem zakładu histologicznego U. J. w Krakowie p. T. Kurkiewicz, demonstratorem p. J. Dębnicki.

Zmarli: pedyatra prof. Monti w Wiedniu.

Redakcya otrzymała: K. W. Majewski: O okularach a la Chamblant. »Post. okul.« 1909; Biernacki: Über die Beziehungen zwische dem Gesammtstickstoffwechsel und der Harnsäureausscheidung. »Zeits. f. exp. Path. u. Ther.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. listopada 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym rozprawy na temat: »Grunta pofortyfikacyjne i przyszły Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólne z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strze-

lecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo. codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rezpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 0—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8\frac{1}{2}$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzysztalowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11. Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid), codz.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7. Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwor lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum** i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**